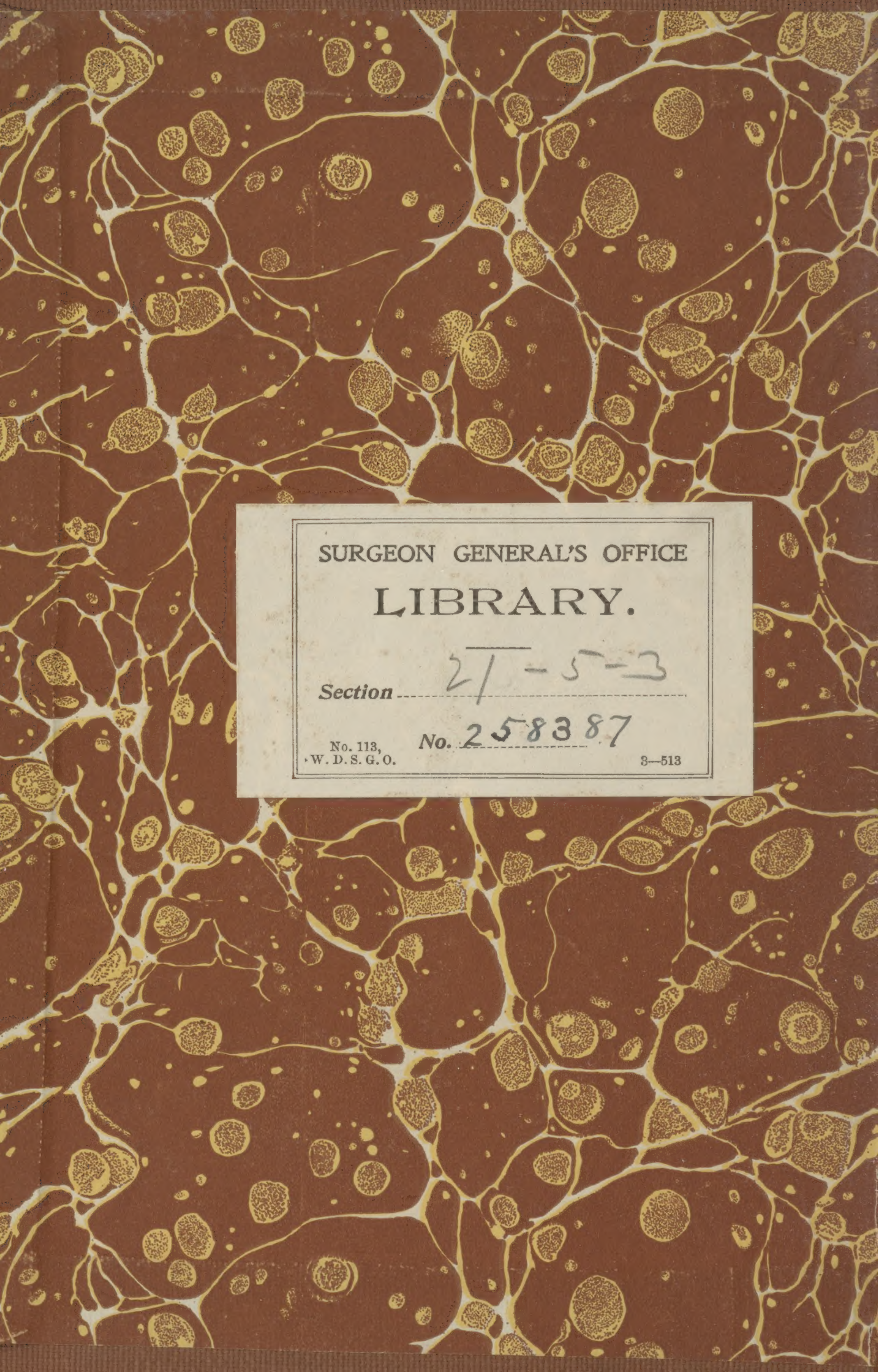
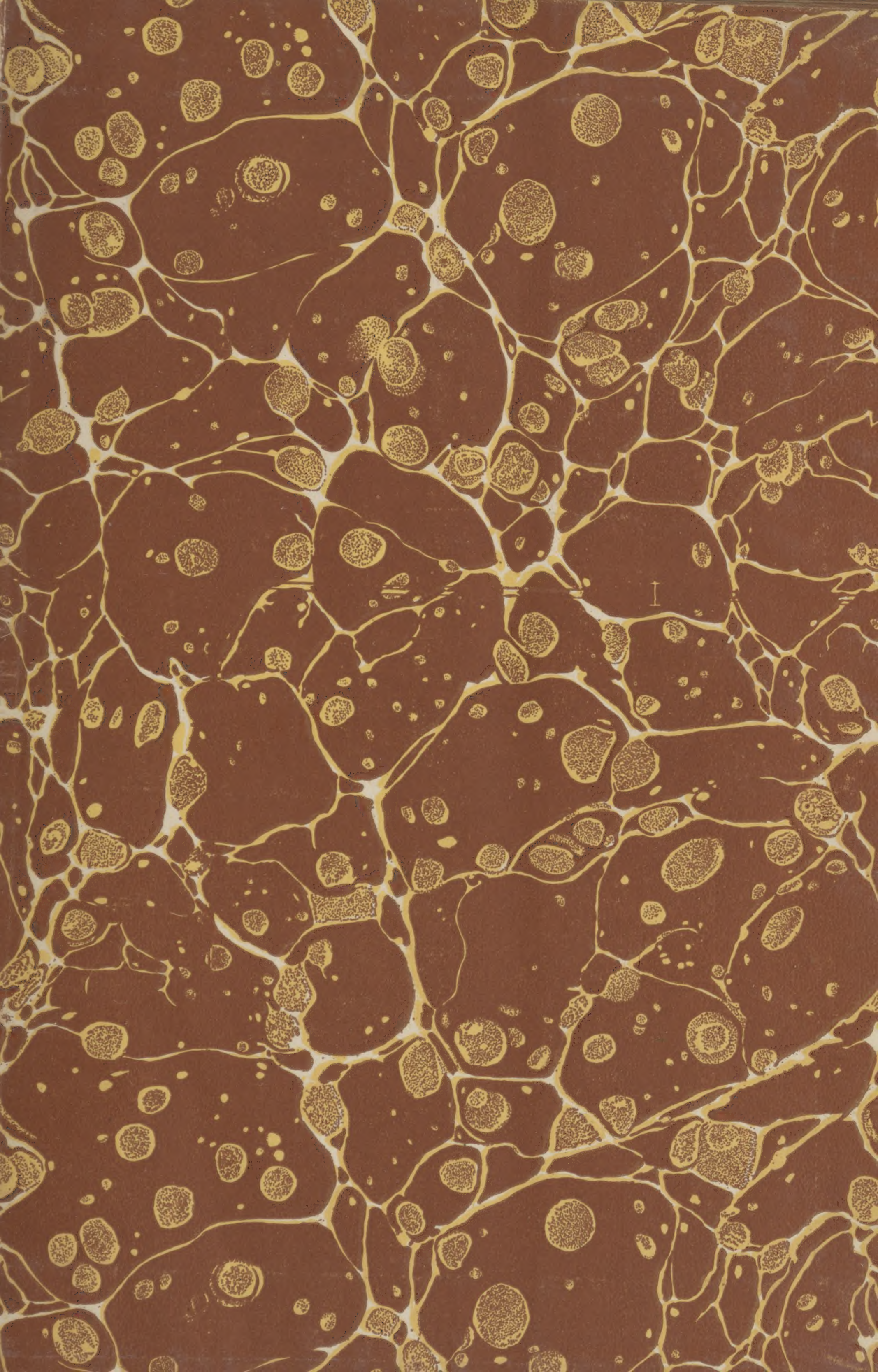

SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
Section 2T-5-3
No. 258387
No. 113,
W. D. S. G. O.
3—513



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO BIMENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVI FEBRERO 1922 NUMERO 135

TUBERCULOSIS RENAL—VALOR DE LA NEFRECTOMIA. (1)

Pedro Perea Fajardo, M. D., Mayagüez, P. R.

La presencia extraordinaria con que se presenta la tuberculosis renal en relación con los demás segmentos del aparato genito-urinario unido a la gravedad que envuelve éste terrible padecimiento, mueve mi ánimo a molestar por breves momentos la atención de esta Asamblea Médica con el fin de someter a su ilustrada consideración algunos casos que estimo de sumo interés clínico.

A medida que la etiología, sintomatología y tratamiento de esta afección renal ha sido más conocida, la clínica con sus brillantes éxitos y sus grandes desastres ha ido poniendo en evidencias los procedimientos que por su bondad deben seguirse así como aquellos que por su influencia deben desecharse.

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal, ha sufrido oscilaciones, que por ser de todos nosotros conocidas no quiero reseñar ahora, limitándome a exponer, lo que en mi sentir y después de meditado estudio clínico, creo debe difundirse, para que arraigue en el ánimo de los médicos los deberes que impone, no ya, la existencia plenamente confirmada de esta enfermedad sino la sospecha de su iniciación, pues únicamente de ese modo podemos poner fácil remedio a su destructora marcha.

Y queriendo ser parco y breve en la exposición de los hechos, relataré ahora, lo más lacónicamente posible la historia de los casos, que quiero someter a vuestra consideración:

PRIMER CASO

Srta. A. B. ...., natural de Mayaüez, de 28 años de edad, consultó a su médico el Dr. Guzmán Jr., con motivo de unas fiebres de origen pulmonar y pequeñas hematurias, que por espacio de tres años

(1) Trabajo leído ante la Asamblea anual de la "Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 17 y 18, 1921.

venía sufriendo. Tenía frecuentes micciones teniendo que levantarse durante la noche y sensación de quemazón al orinar.

Su enfermedad pulmonar databa de cinco años más o menos, pero solo en los tres últimos fué que se le presentaron los síntomas vesicales.

Su historia era positiva de tuberculosis pulmonar y en su familia han tenido muerto dos hermanos y la madre de tuberculosis y otro también atacado de igual dolencia. Su padre murió de tuberculosis renal.

La orina examinada por el Dr. Lassise en enero 29 del 1919 demostró la presencia microscópica de pús y sangre y también del bacilo de Koch.

En febrero 12 del 1919 fué sometida por el Dr. Lassise a un examen *cistoscópico* con el resultado siguiente:

Paredes vesicales presentan alguna ulceraciones: el trigono congestionado y ulceraciones pequeñas en el ángulo derecho. Meato urético izquierdo normal, el derecho ulcerado.

Observaciones:—Cistitis tuberculosa, secundaria a una nefritis tuberculosa del riñón derecho.

Exploración funcional:—Inyección intravenosa de Fenosul-Ptaleina fué puesta a las 9:40 minutos y apareció en el riñón izquierdo a las 9:42 minutos y en el derecho no apareció.

El total de eliminación por el riñón izquierdo durante la primera ½ hora fué un 25%, en el derecho nula.

La enferma fué operada el 19 de febrero del 1919 y dada de alta el 9 de marzo. La operación consistió en una Nefrectomía derecha que confirmó el diagnóstico. El riñón estaba afectado con la forma nodular de la tuberculosis.

Su estado general ha mejordo notablemente y la cistitis ha desaparecido.

SEGUNDO CASO

Srta. E. F. ...., de San Germán, de 17 años de edad, me fué referida por el Dr. Sanabria de aquella ciudad, tenía dolor en la región costal izquierda y algunas veces en la vejiga, orinando frecuentemente y levantándose cuatro o seis veces durante la noche.

Su enfermedad comenzó hace dos años más o menos, con escalofríos y pequeña elevación de temperatura durante la noche, habiendo perdido el apetito y toda su actividad.

Hace seis meses ha tenido dolores intermitentes muy fuertes en la región costal izquierda. Su período ha sido irregular y con algún dolor. El examen físico revela tener el riñón izquierdo algo engrosado.

Su historia personal es negativa. Sus padres viven en buena salud,

tiene tres hermanas también saludables y un hermano fué operado en Nueva York, por una afección renal que suponen era tuberculosa.

Examinada la orina por el Dr. Lassise en julio 29, 1919 tomada por cateterismo es como sigue:

Riñón izquierdo:—Trazas marcadas de albumina, células del epitelio renal, algunos cilindros, corpúsculos de pús y sangre y varias bacterias, se hizo un frote para investigar tuberculosis y pudo comprobarse.

Riñón derecho:—Orina normal.

Exámen cistoscópico y exploración del funcionalismo renal por el Dr. Lassise:—Paredes vesicales y orificios uretéricos normales.

Inyección intravenosa de Fenosul-Ptaleina a las 4 P. M. apareció en el riñón derecho a las 4:2 minutos y en el riñón izquierdo a las 4:7 minutos: total de eliminación a la ½ hora por el riñón derecho 28%, en el izquierdo 6%.

Como se vé hay un retardo marcado en la elimincaión de la ptaleina por el riñon izquierdo y una disminución en el total de eliminación.

Operada el 1ro. de Octubre de 1919 fué dada de alta el 24 del mismo mes. Su riñón fué estirpado, confirmando el diagnóstico de tuberculosis renal de la misma forma que el caso anterior.

La enferma goza de perfecta salud y ha aumentado considerablemente en peso.

TERCER CASO

Sr. J. C. ...., de San Germán, 42 años de edad, historia personal y de familia negativas.

Su presente enfermedad la refiere a hace dos años que empezó a sentir cansancio y debilidad, lo que atribuía a malas noches que pasaba por la necesidad de levantarse muchas veces para orinar. En la actualidad estos síntomas se han agravado pues tiene mucho dolor y ardor durante la micción.

Por la noche siente dolor en la región ileo-lumbar derecha, que le impide descansar sobre ese lado.

En la actualidad ha notado que orina sangre y algunos coagulos pequeños.

Tiene elevación diaria de temperatura desde hace algunos meses y también escalofríos. Ha perdido en peso y el dolor es más pronunciado ahora sobre el riñón izquierdo, en cuya región se nota un tumor que se escurre debajo del arco costal del mismo lado.

El examen de la orina por el Dr. Lassise en Noviembre 1ro. 1919 tomada del riñón izquierdo, reveló la presencia de gran número de bacilos tuberculoso. La inoculación también fué positiva.

El examen cistoscópico por el Dr. Lassise, demuestra una ulceración marcada del meato uretérico izquierdo.

La prueba renal fué como sigue:

La inyección de Fenosul-Ptaleina fué inyectada a las 3:20 minutos y apareció en el riñón derecho a las 3:24 minutos, no apareciendo en el izquierdo.

La eliminación total a la ½ hora en el riñón derecho fué de 28% y en el izquierdo nula.

El enfermo fué nefrectomisado en Noviembre 17, 1919 y dado de alta el 16 de Diciembre, aunque mantenía una pequeña fístula de la herida que tardó tres meses en curarse.

En la actualidad está bien y se ocupa de su trabajo.

CUARTO CASO

Sr. J. J. ...., de 22 años de edad, natural de Mayagüez, padre vive y sano, madre tuberculosa, tiene tres hermanos en buena salud aunque de constitución delicada.

Hace cuatro años tuvo dolores más o menos internos en la región lumbar izquierda, que le duraron algunos meses habiendo pasado después dos años sin síntomas nuevos que agregar a su enfermedad.

Hace un año que vió su orina era roja, pero que solo le duró varios días y desapareció para volver a presentarse hace dos meses con dolores más intensos y notables abultamiento en el flanco izquierdo.

Una vez, antes de operarse, había tenido crisis dolorosas, con aumento de volumen del riñón izquierdo que desapareció después de una micción abundante, purulenta y sanguinolenta.

El enfermo hace notar que el reposo le calma los dolores y que el movimiento los provoca, también hace notar que aunque regularmente desarrollado, se encuentra ahora algo flojo y algo pálido.

El examen del riñón izquierdo revela la presencia de un tumor, todos los demás órganos se encuentran normales.

El examen de orina por el Dr. Lassise, revela ser ácida y la presencia de pús y sangre. Un frote del sedenimento de la orina tomada del riñón izquierdo revela la presencia de un gran número de bacilos de la tuberculosis. Inoculación fué positiva.

El examen cistoscópico por el Dr. Lassise, nada reveló de abnormal en la vejiga; la inyección intravenosa de ptaleina puesta a las 3:30 minutos apareció a las 3:32 minutos en el riñón derecho y en el izquierdo

nada. La eliminación en el lado derecho fué de un 25% y nula en el izquierdo.

Operación:—Nefrectomía izquierda efectuada el 31 de Marzo de 1920, fué dado de alta el 24 de Abril. La operación ratificó el diagnóstico y se estirpó un riñón voluminoso con una pionefrosis tuberculosa.

QUINTO CASO

Sr. B. P. ...., natural de Lajas, de 45 años de edad, blanco casado y con dos hijos en perfecto estado de salud.

Nunca fué enfermiso y su molestia data desde un año, después de una fuerte grippe, sufriendo desde entonces de micción frecuente y algo purulenta. En Junio 1920 aparecieron dolores en la región izquierda, no muy intensos, tomando luego los caracteres de cólico nefrítico. Durante estos accesos dolorosos, tuvo anurias que terminaron con expulsiones de grandes cantidades de orina purulenta.

En la actualidad sus micciones son cada hora durante el día y cinco o más veces durante la noche, siempre con bastante dolor y tenesmo.

El riñón derecho no es accesible, el izquierdo muy voluminoso.

El examen de orina por el Dr. Lassise en Junio 1ro. 1920, demuestra que la orina es ácida, con trazas de albumina, células de pús, corpusculos rojos. Inoculación positiva.

Examen cistoscópico por el Dr. Lassise: *Las paredes vesicales de* color rojo claro con vasos sanguíneos bien definidos. *Trigono* color rojo oscuro y bien demarcado. *Ureteres;* el derecho, forma hendidura lineal con eyoculación normal; izquierdo, dilatación marcada, eyoculación nula. *Cuello vesical*: normal con ligeros surcos a los lados del lóbulo medio de la próstata. *Uretra* anterior y posterior normales.

Funcionamiento:—Inyección intravenosa de Fenosul-Ptaleina a las 3:2 minutos apareciendo en el riñón derecho a las 3:7 minutos y en el izquierdo no apareció. La eliminación fué normal en el derecho y nula en el izquierdo.

Operación:—Nefrectomía el día 3 de Julio y dado de alta el 7 de Septiembre. Se trataba de una pionefrosis calculosa de origen tuberculoso.

La herida se infectó por la rotura del tumor y por eso la tardanza en la cicatrización.

SEXTO CASO

Sr. J. N. ...., de Cabo Rojo, 23 años de edad,

soltero, padres viven en buena salud, tiene un hermano muy enfermo cree de tuberculosis y nada de particular en sus antecedentes personales. El año pasado a principio de septiembre de 1919 me fué referido por el Dr. Vilella, con síntomas de Neurastenia e interrogando a nuestro enfermo confiesa tener una orina roja oscura, algunas veces verdaderas hematurias producidas sin causa aparente, estas, duran a veces muchos días y no se modifican con el reposo o movimiento. En Octubre del mismo año se presenta con dolores fuertes y síntomas de desgaste general, le dan algunas fiebres y también sudores nocturnos habiendo dado resultado negativos un examen de sangre para Malaria y Filaria hecho por el Dr. Lassise.

A la palpación en la región izquierda se observa un pequeño dolor a la presión profunda.

El examen de orina por el Dr. Lassise, da: G. S. 1017, reacción ácida, color rojo oscuro, trazas de albumina; fosfatos y cloruro; *sedimentos* glóbulos rojos y blancos, células de la vejiga y cristales de caído oxálico. Bacilo de Koch positivo.

Examen cistoscópico por el Dr. Lassise en Noviembre 18, 1920, *vejiga* y *Trigono* norma, *meato urético*; derecho normal, izquierdo dilatado, *Uretra* y *próstata* normales.

Funcionalismo: Inyección de Ptaleina a las 2:5 minutos, apareciendo en el riñón derecho a las 2:7 minutos, en el izquierdo no hubo eliminación.

El total eliminado por el riñón derecho a la ½ hora fué un 32%, el izquierdo nada respondió. Ambas sendas pasaron sin obstáculo alguno.

Oepración:—Nefrectomía en Noviembre 23, 1920 y fué dado de alta el 12 de Enero de 1921. La cura aparentemente parece radical.

CONSIDERACIONES

Es un principio, casi aceptado por la mayoría de los autores, que la tuberculosis renal se debe principalmente a una infección hematogena no siendo tampoco enfermedad primaria ni de los uteres ni de la vejiga, en contra de la opinión de los profesores Guyon, Le Dentu, Tuffier y la mayor parte de los cirujanos, que opinaban que era una afección secundaria o ascendente.

Clínicamente tenemos tres modos, de como, por lo general se presenta esta enfermedad:

La primera: con síntomas de cistitis que no mejora el tratamiento médico corriente.

La segunda: con síntomas de pielitis y con una piuria de gran duración en algunos casos, antes de que se sospeche una tuberculosis.

La tercera: aquellos en que, la hematuria es el primer síntoma que se presenta.

Sin duda alguna, fácilmente puede uno equivocarse en el diagnóstico de la tuberculosis renal. Por lo general el diagnóstico de toda afección tuberculosa, en un principio, es de Malaria y debemos para evitarlo, considerar los síntomas generales del enfermo que precedieron a la manifestación local. Por lo general acompaña al paciente pequeña elevación de temperatura por la tarde o noche; alguna disnea, la lengua es saburrosa y el enfermo se queja de una gran inabilidad para el trabajo.

Estudiando los síntomas locales, el primer síntoma que llama la atención del enfermo es el dolor; es por lo general el sistema inicial que le preocupa; muy poco marcado en algunos enfermos, reviste en otros una intensidad intolerable y produce a veces crísis agudas; o más frecuente es que el dolor no esté influenciado por ninguna causa, pero algunas veces se revela o se exaspera por una marcha o ejercicio algo violento. En caso de tuberculosis renal el dolor existe en el lado afectado, más marcado durante la noche.

Los síntomas urinarios, son los más comunes en la tuberculosis del aparato genito-urinario: En vez de poliuria existe en un principio frecuentes micciones sin que aumente la cantidad de orina. Después se presenta la poliuria y la micción se hace frecuente: *Existe una condición especial que caracteriza las lesiones tuberculosas del riñón, vejiga, y epididimos y es la necesidad que tiene el enfermo de orinar al menor deseo; sin que le sea posible contener la micción y tan común resulta esta ocurrencia, que según Murphy debe de considerarse tal síntoma como la bandera roja que señala el peligro en esta enfermedad.*

La incontinencia, que puede tener igual intensidad, tanto durante el día como en la noche, es también síntoma de gran importancia. El tenesmo precede a la incontinencia durante o después de la micción y el paciente siente una sensación de quemazón en la vejiga, y a causa de la frecuencia y de los dolores de la micción, que acompaña a este estado irritable de la vejiga a la cual viene a añadirse la piuria en un momento dado de la tuberculosis renal, podría creerse en una cistitis dolorosa, y así son numerosos los piomatosos renales, que se han tratado como cistitis. *Cuando la incontinencia está asociada a la piuria; debe siempre creerse según Leguen que se trata de una tuberculosis renal.*

La hematuria puede ser la primera manifestación renal después de los síntomas generales ya indicados y el enfermo puede ser atacado vio-

lentamente con este síntoma, bien durante su trabajo o al levantarse o retirarse durante la noche.

Las hematurias renales sobrevienen sobre todo en los primeros períodos de la afección; son precoses, premonitores en cierto modo y comparados en absoluto a las hemotisis de los principios de la tisis pulmonar (Bissaud). Como ellos, son de origen congestivo y reconocen la misma fisiología patológica, que explican el desarrollo de los tubérculos y su histogénesis en la región cortical del riñón, eminentemente vascular.

La presencia del bacilo tuberculoso en la orina con pús o sangre es evidencia positiva de una tuberculosis renal o vesical, pero siempre un signo muy avanzado de la enfermedad.

Finalmente, puede ser reconocida esta enfermedad cuando la misma tiene una larga duración pero entonces, es muy difícil esperar algo de ningún tratamiento o es *por* eso, que el diagnóstico es imperativo mientras la enfermedad esté todavía limitada a una pequeña area del riñón y antes de que lleguen a aparecer los síntomas generales ya citados.

El diagnóstico según Murphy debe de ser basado en la apariencia general del enfermo, el aumento de la frecuencia en la micción, con o sin el aumento de la cantidad de orina, la presencia del dolor, disuria, poliuria, hematuria, la prueba de la tuberculina, el examen bacteriológico de la orina y el exámen uretro-cistoccópico.

El examen de la orina, sin embargo es el más importante, pero el exámen cistoscópico, el cateterismo ureteral, la radiografía y pielografía van resolviendo el diagnóstico de la tuberculosis renal.

Es solamente sin embargo, por el estudio de toda la evidencia que nos suministra cada uno de los medios de diagnóstico que podemos llegar a la conclusión devnitiva. La determinación del funcionalismo renal es de gran necesidad para resolver la intervención quirúrgica, sin olvidar sin embargo que un riñón tdberculoso en su comienzo, puede tener una funcionalidad perfecta.

Los resultados de la nefrectomía son comúnmente muy favorables. La orina por lo general disminuye de cantidad para adquirir de nuevo su volumen natural pocos días después de la operación. El estado general mejora rápidamente y los síntomas vesicales más tenaces a veces, se mantienen por muchas semanas para desaparecer después. La herida por lo general sana en tres o cuatro semanas quedando algunas veces durante cierto tiempo una pequeña fístula.

La gravedad de la nefrectomía en casos de tuberculosis del riñón, ha mejorado considerablemente, gracias a los nuevos medios de exploración.

En 129 nefrectomía antes del cateterismo uretral y reunidos por

Casper, existe una mortalidad de un 21% y en 129 nefrectomías, practicadas desde que se utiliza el cateterismo la mortalidad es solo de 10%.

Las cifras siguientes demuestran en la actualidad el resultado más aproximado de la operación.

Albarran, curados	....	34 de 39 casos
Isrrael "	....	11 " 29 "
Kelly "	....	21 " 36 "
Kuster "	....	11 " 17 "
Kunnel "	....	32 " 43 "

De la estadística de los Mayos el resultado es el siguiente:

Operados por tuberculosis renal:

Unilateral	517
Mortalidad operatoria	7
Mortalidad desde 1 a 10 años después de la operación	105

"Y dice Mayo: Como se ve la mortalidad operatorio es de 1.3% comparada con la mortalidad total de 24% incluyendo estas cifras, la muerte por todas las causas, algunas desde 10 a 11 años después de la intervención y no habiendo sido posible conseguir los datos necesarios para investigar estos hechos, hemos de considerar que el resultado es mucho menos que lo que expresa la estadística, pudiendo asegurar que ésta no es más de un 20%.

"De nuestro record podemos deducir también, que de 104 enfermos, en los cuales los síntomas vesicales continúan, aunque con menos intensidad, dos años después de operados, de ésto, solo un 5% se han curado completamente de esta gran molestia, los demás han ganado en peso y en su estado general".

"De todos modos podemos asegurar que el 80% de nuestros enfermos por tuberculosis renal han curado después de la nefrectomía".

Según las varias estadísticas, los resultados lejanos de la operación son siempre muy satisfactorios, el estado general de los enfermos se perfecciona y recobran su apetito y sus perdidas fuerzas.

En los enfermos con lesiones vesicales de poca importancia, éstas ceden fácilmente y la orina adquiere su transpariencia.

En los afectados intensamente de la vejiga, la curación no es tan rápida, pero con el tratamiento continuado, ésto se consigue con el tiempo.

De estos seis casos que repito ahora, ninguno ha muerto, cinco están en completo estado de salud y solo uno, después de un año, se queja de los síntomas vesicales pero no con la misma intensidad de antes. De nuestros once casos operados y reportados en nuestras memorias del 1913 y 1916, uno, murió con síntomas de uremia en las 48 horas después de operado, tres, murieron antes de los dos años después de su operación, dos antes de los cuatro años, y cinco gozan según informes de una salud perfecta. He de informarles sin embargo, que en ninguno de estos once casos se estableció la prueba del cateterismo.

Aunque el valor funcional del riñón es lo que sobre todo resuelve la cuestión de la indicación operatoria según "Leguen" *está indicada, el día que, se establece de un modo indudable el diagnóstico y no hay que investigar ni discutir la contraindicación de esta operación*".

Solamente en casos de tuberculosis bilateral avanzada la contraindicación es aquí formal.

La tuberculosis pulmonar o vesical no contraindica la nefrectomía según opinión de los mejores autores. Es una cuestión de grado pues las lesiones ligeras se mejoran grandemente.

Ahora bien, como se vé la historia clínica del enfermo formadas a beneficio de sus antecedentes morboso y del cuadro síndrome actual, constituye necesariamente la base de todo buen diagnóstico, pero ni los datos anamnesicos por si solo, ni los síntomas subjectivos generales y locales, con todo y ser de tanta importancia, no serán suficiente en la inmensa mayoría de los casos. Es necesario que el cirujano saque sus conclusiones del examen directo del órgano lesionado; es necesario atenerse constantemente a pruebas más positivas, como son los síntomas objectivos; es preciso ver y hacer, explorar y reconocer, se hace necesario dirigirse al riñón mismo, para someterlo a su vez a una especie de interrogatorio.

La manera como la glándula renal responde a este llamamiento será distinta en cada caso, y en gran parte dependiente de la destreza y habilidad con que haya sido requerida; pero en términos generales, podemos decir, que en razón de su especial topografía, casi siempre responderá de una manera generosa al acto exploratorio, que va encaminado por un lado a descubrir las lesiones somáticas o materiales de la glándula renal; y por otro, a conocer los desarreglos de sus funcionalismo, importantes todos ellos, por que el estado de un órgano lo mismo puede revelarse por sus lesiones anatómicas que por sus perturbaciones funcional.

Recordemos pues, que conocer en su comienzo una lesión tuberculosa renal es la primera condición para el éxito de su tratamiento.

CONSIDERACIONES CLINICAS DE UN CASO DE MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL EPIDEMICA (1)

Ramón C. R. Nazario, M. D., Rio Piedras, P. R.

E. L. G. natural de Navia, España, de veinte y un años de edad, estado soltero, con residencia en San Juan, Puerto Rico, calle de San Sebastián por más de doce años, presentando una historia familiar negativa y con la historia de enfermedades previas, siguiente:

SARAMPION en España de edad de 9 años.
DENGUE en Puerto Rico en 1916.
PAROTIDITIS EPIDEMICA en mayo de 1919.
URETRITIS GONOCOCCICA CON EPIDIDIMITIS Y ORQUITIS en mayo de 1920.
UNCINARIASIS en mayo de 1920.

HISTORIA DE LA PRESENTE ENFERMEDAD

El 16 de diciembre de 1920, como a las nueve y media de la noche, ingresó en este Sanatorio el enfermo E. L. G. quien manifestaba que en el mismo día, después de cenar y mientras paseaba por frente de su residencia empezó a sentir un fuerte dolor de cabeza, el cual fué precedido por un violento escalofrío, habiendo tomado cincuenta centígramos de aspirina y sin que ésta surtiera ningún efecto decidió ingresar en el Sanatorio de la Sociedad Española de Auxilio Mútuo y Beneficencia de Hato Rey, P. R.

A su ingreso el enfermo se quejaba de mucho dolor de cabeza, su temperatura era de 36 y 8 décimas, su pulso de 86 por minuto y respiración 18; y media hora más tarde la temperatura subió a 41 grado C., pulso muy débil y de 92 por minuto.

Se le tomó sangre para paludismo a las 11 y medio de la noche y no se pudo encontrar el plasmodio de dicha enfermedad.

El enfermo se encontraba muy inquieto, quejábase contínuamente de fuerte dolor de cabeza y en estado de delirio.

El examen físico no reveló nada significativo; reflejos: Babbinski negativo, Brudsinski negativo, Koernig negativo; reflejos pupilares normales; reflejo patelar normal también; línea cerebral presente; no había fotofobia.

Dado el fuerte dolor de cabeza fué necesario administrarle un centí-

(1) Trabajo leído ante la Asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 17 y 18, 1921.

gramo de morfina por la vía hipodérmica. El enfermo durmió hasta las siete de la mañana, despertando con la cefalalgia más intensa.

Practicado el análisis de la orina resultó normal.

La temperatura de la mañana fué de 36.4 C., pulso 70 por minuto y respiración 16. A las 12, M., la temperatura subió a 38.4 C., pulso 72 y respiración 16 por minuto; los reflejos permanecían negativos. Se tomó sangre para un contaje total y diferencial arrojando una cantidad de 90,326 leucocitos con un 92% de polinucleares. Dado esta tan exagerada leucocitosis, al tan fuerte dolor de cabeza y a la desproporción de un pulso tan lento para una temperatura tan alta, un diagnóstico tentativo de meningitis fué hecho. Se le practicó una punción lumbar a las 5 y media de la tarde, recogiéndose 60 C.C. de un líquido céfalo-raquídeo, el cual salió a una alta presión, de más de cien gotas por minuto, siendo el mismo un color lechoso amarillento (purulento).

El examen bacteriológico del líquido céfalo-raquídeo reveló una gran cantidad de células de pus y la presencia de un diplococo intracelular negativo al tinte de Gran (Diplococo Meningitidis de Weishelboun); diagnóstico que fué comprobado por el laboratorio insular en diciembre 18 de 1920.

TRATAMIENTO

Comprobado nuestro diagnóstico fué intituído el tratamiento recomendado por mi profesor de enfermedades transmisibles y contagiosas Dr. Frank R. Leetch, con el cual cooperé en 47 casos de Meningitis Cerebro-Espinal epidémica durante mi internado en el Garfield Memorial Hospital de Washington, D. C. en el año 1917.

Dicho tratamiento fué practicado en la forma siguiente:

6 P. M. Diciembre 18, punción lumbar dejándose escapar 50 C.C. de líquido céfalo-raquídeo purulento e inyectado por gravedad 30 C.C. de suero antimeningococcico de Lederlee, levantando por una hora los piés de la cama para ayudar a la difusión del suero e invertiendo los términos al cabo de esa hora levantando la cabeza de la cama y de esta manera ayudando a la sedimentación del material purulento en la parte más baja del espacio subaragnoideo. Se repitió esta misma operación a las 6 de a mañana del día 19.

El dolor de cabeza fué controlado mediante la aplicación de otra inyección de morfina. La temperatura máxima en dicho día 19 fué de 38. C.C. y la mínima de 37.4 C. A las 6 de la tarde volvió a repetirse la punción lumbar e inyección de suero.

En 20 de diciembre, a las 6 A. M. se le practicó otra punción lumbar,

y se le inyectó 30 C.C. de suero antimeningococcico. Es de notarse que en este día los reflejos de Babbinsni, Koernig, aparecieron, también una pequeña retracción del cuello (ortotomos) y ligero epistotomos estuvieron presentes. Los reflejos rotulares fueron exagerados. La temperatura máxima fué de 37.4 y la temperatura mínima fué 37.2. En este día la cefalalgia desapareció.

De aquí en adelante se siguió el tratamiento en la forma siguiente: Días 21, 22 y 23 de diciembre.—30 C. C. de suero antimeningococcico intraraquidiano a as 6 A. M. y 30 C.C. a las 6 P. M.

Temperaturas máximas—durante esos 3 días—y temperatura mínimas:

37.4 C.	Día 21	36.8 C.
37.2 C.	Día 22	36.9 C.
37. C.	Día 23	36.8 C.

Como la temperatura no subió en estos días y los síntomas mejoraron grandemente la punción lumbar e inyección de suero antimeningococcico intraraquidiano fué disminuída a una sola vez al día, inyectando durante los días 24, 25 y 26 solamente 30 C.C. de suero antimeningococcico en el espacio subaracnoideo a las 9 A. M. de cada día.

Dado a la desaparición de todos los síntomas el tratamiento de suero fué descontinuado, debido a que el día 26 de diciembre el líquido céfaloraquídeo se encontraba ya libre de microorganismos y de células de pus.

OBSERVACIONES CLINICAS

A.—Es de notarse que los reflejos no aparecieron hasta el segundo día después del tratamiento.

B.—Que durante el tercer día apareció una parálisis del músculo recto ocular derecho el cual desapareció durante el noveno día de su convalecencia.

C.—La cefalalgia cedió después de la tercera inyección de suero, asimismo como el delirio desapareció durante el tercer día.

D.—También es digno de notarse que la leucocitosis cedía en la misma proporción que los síntomas, como se puede ver por el cuadro siguiente:

Día 19—Contaje total:	Leucocitos 69.000,	Polinucleares	92%
Día 22—Contaje total:	Leucocitos 38,000,	Polinucleares	90%
Día 26—Contaje total:	Leucocitos 11,000,	Polinucleares	82%

E.—No fué necesaria otra medicación que la del suero y cuando la cefalalgia era muy grande la aplicación de morfina.

Él enfermo fué dado de alta en 19 de enero de 1921, después de haber obtenido tres culturas consecutivas negativas de las secreciones nasales hechas por el Departamento de Sanidad Insular.

No hubo secuelas.

CONCLUSIONES

1.—Que había de hacerse un prognóstico favorable en este caso, se puede deducir de las siguientes observaciones:

A.—Tratamiento empezado temprano en el comienzo de la enfermedad.

B.—La leucocitosis exagerada de 90,000.

C.—La no existencia de meningococos en la circulación.

D.—La cantidad de leucocitos y microorganismos fagositados en el líquido céfalo-raquídeo los cuales representaban la mitad por volumen del líquido extraído en la primera punción.

2.—Que en mi experiencia con 64 casos de Meningitis Cerebro-Espinal epidémica en 47 de los cuales cooperé con el Dr. F. R. Leeten, en el Garfield Memorial Hospital de Washington D. C. y 17 que estuvieron directamente bajo mi cuidado en el Hospital Naval de Filadelfia, he considerado el mejor y más recomendable tratamiento el siguiente:

A.—Inyectar en el espacio subaracnoideo una cantidad de suero Flexner cada doce horas y si el caso fuese muy desesperado cada seis horas por gravedad la mitad del volumen extraído de líquido; como por ejemplo: si se extraen 50 C. C. de líquido inyectar 25 C.C. de suero Flexner por gravedad.

B.—La elevación de los piés de la cama por una hora inmediatamente después de administrado el suero para ayudar a la difusión del mismo.

C.—Invirtiendo los términos al cabo de esa hora levantar la cabecera de la cama para ayudar a la sedimentación del material purulento en el espacio subaracnoideo en su parte baja.

D.—La administración de morfina para controlar el delirio y la cefalalgia, siempre que fuere necesario.

E.—Alimentación absoluta y protección de ruído y luz en un departamento bien ventilado.

CASOS DE SHISTOSOMIASIS MANSONI Y SU TRATAMIENTO CON TARTARO EMETICO (1)

H. F. Carrasquillo, M. D., Utuado, P. R.

No es mi objeto hacer en este artículo una minuciosa descripción de la schistosomiasis intestinal en cuanto a historia, etiología, patología, sintomatología, etc., sino en breves palabras comunicar a Uds. mis observaciones y experiencias en casos de esta enfermedad tropical tratados con tartrato de antimonio y potasio.

El conocimieno de esta enfermedad como una entidad distinta a la hematuria endémica producida por el schistosomum hematobium data desde el 1907, después de las observaciones de Manson. Su presencia en Puerto Rico fué observada por Gunn y otros casi a raiz de los primeros decubrimientos del parásito. Sin embargo, a juzgar por entrevistas tenidas por mis compañeros de distintos puntos de la isla, he notado que o la enfermedad está localizada en algunos distritos, o los casos que se presentan se toman como de disentería de otro tipo sin que pase por la mente la posibilidad de bilharziosis intestinal.

En la región en que trabajo, en el pueblo de Utuado, es tal la propagación de esta infección, que creo el Departamento de Sanidad debería investigar acerca de ella y ver los modos de combatirla al igual que se hace con la uncinariasis y el paludismo.

Con objeto de someterles al tratamiento de tártaro emético he tenido bajo mi observación doce casos. El primer caso a que presté buena atenlión fué a una señora blanca de 28 años de edad. Ella trajo su diagnóstico hecho, pues según sus manifestaciones hacía algunos años había consultado al Dr. González Martínez y éste previo examen de la excreta le había dicho que padecía de Bilharzia. Había estado bajo distintos tratamientos, todos sin efecto y por consejo pasó algunos inviernos en el Norte a ver si esto producía algún quebranto en su enfermedad, más todo fué en vano.

Los síntomas que presentaba eran los característicos: Ataques repetidos de disentería, siendo las evacuaciones muy frecuentes, acompañadas de sangre y mucosidad y de un dolor acerbo. A veces sufría de dolor "sobre el estómago". Los ataques de disentería se repetían cada quince o veinte días y a veces eran febriles. No estaban relacionados a indiscreciones en la dieta. Hubo ocasiones en que sin haber síntomas algunos la paciente pasaba cantidades considerables de sangre al hacer

(1) Exposición presentada ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Pucrto Rico, Diciembre 17 y 18, 1922.

su evacuación. Como es natural el estado físico general de esta paciente estaba bastante quebrantado y sufría de una anemia secundaria bastante marcada.

Todos los demás casos observados presentaban síntomas más o menos similares. Los períodos de los ataques, sin embargo, varían considerablemente, pasando algunos de ellos meses en buen estado aparente de salud.

El diagnóstico de la enfermedad fué hecho en todos los casos por el examen microscópico de la excreta. En todos con más o menos facilidad encontré el huevecillo con la espina lateral.

En Abril del 1920, guiado por el éxito obtenido por Christoperson en el tratamento de la Bilharzia Hematobia con el tártaro emético y teniendo presente el método usado por él mismo, empecé mi primer tratamiento. Para esta época aun no se había usado en Puerto Rico ni tampoco tenía noticias de que en alguna otra parte se hubiese usado esta droga en el tratamiento de la Schistosomiasis intestinal.

Trate la paciente a que primero hice referencia. Empecé inyectando 3 centígramos de tártaro emético en 5 c. c. de agua destilada por la vía intravenosa. La siguiente inyección fué de 5 centígramos, luego de 7, y así aumentando 2 centígramos hasta que creí alcanzar el máximum de la tolerancia. Llegué hasta inyectar 15 centígramos, pero la reacción fué tan severa que volví atrás y continué inyectando 12 centígramos hasta usar un total de 2 gramos de la droga. La inyección la verificaba dos o tres veces por semana.

Todos los demás casos fueron tratados en forma idéatica, pero solo seis de ellos han recibido la serie completa de inyecciones.

La reacción a la inyección consistía en marcos, dolor epigástrico sensación de opresión en el pecho, tos seca, vómitos, dolor en los huesos fiebre y a veces diarrea.

De los seis casos que han recibido el tratamiento, cinco han sido curados: los síntomas han desaparecido por completo y no me ha sido posible volver a ver el huevecillo en la excreta a pesar de los repetidos exámenes.

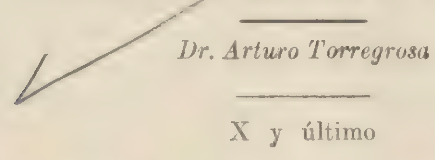
El primer caso, que es el que más me hace concebir lo específico de la droga, lleva más de diez y ocho meses sin tener ataques, y la excreta libre de huevos. Este fué el caso antes citado que tanto sufría por espacio de muchos años. Los demás casos tratados y que considero curados aun están bajo mi observación y de vez en cuando examino sus excretas microscópicamente.

Entre los seis casos que no recibieron tratamiento completo hay uno que siendo un hombre de 38 años sufría desde niño de ataques muy

serios por las enormes enterorragias que a veces tenía. Según su confesión con solo siete inyeccions, recibiendo un total te 50 centigramos de la droga, ha experimentado tal cambio que hace diez meses no ha tenido ni un solo ataque y él cree haberse curado.

En síntesis, el fin perseguido en este artículo ha sido llamar la atención a la profesión médica sobre el gran número de casos de Shistosomiasis mansoni que hay en Puerto Rico así como la eficacia de su tratamiento con el tártaro de antimonio y potasio, droga que considero tan específica para esta enfermedad como la quinina en el paludismo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS PIREXIAS TROPICALES MAS COMUNMENTE OBSERVADAS EN PUERTO RICO.



Dr. Arturo Torregrosa

X y último

INFLUENZA Y DENGUE.—Si es ciertamente improbable que puedan confundirse casos típicos, aislados, de estas dos infecciones, en cambio al principio de una epidemia no es raro sino más bien corriente que se vacile por algún tiempo en el diagnóstico de los primeros atacados. La brusquedad de la invasión en ambas, con su escalofrío, fiebre moderadamente alta y fenómenos congestivos y dolorosos no es acaso tan responsable de aquella confusión temprana como lo es la difusión tan extraordinariamente rápida de esas dos enfermedades que no guarda similitud con la de ninguna otra infección conocida. No falta, pues, material clínico de observación desde el momento mismo en que estalla el brote epidémico y sin embargo rara vez hay consenso en cuanto a la apreciación diagnóstica de los primeros casos.

Eso ocurrió en Puerto Rico ya entrado el verano de 1918 cuando nos invadió aquella onda morbosa de tan sorprendente contagiosidad que no sólo fué prematura y casi unánimente calificada de dengue, sino que para muchos esta enfermedad reinó de una manera exclusiva, en tanto que algunos rectificaron más tarde cuando se presentaron casos al parecer genuinos de influenza, mientras que para otros la epidemia desde su principio al fin no fué sino un brote de influenza benigna, precursor del más grave y absolutamente típico que hubo de venir pocos meses después. La confusión que entonces privó por algún tiempo dió margen a que se buscara refugio en la posible existencia de formas híbridas de ambas enfermedades, punto que resumió Quevedo Báez en las siguientes

frases que tomamos de un trabajo analítico suyo: "Si, dando su equivalente a la influencia que el clima tropical tiene sobre las enfermedades cosmopolitas, hubiéramos estados autorizados a dar nombre diagnóstico a tales entidades nosológicas, con algún acierto habríamos podido llamarlas formas *mixtas de dengue y de influenza*" (1).

La diversidad de los puntos de contacto entre ambas infecciones deja, no obstante, suficiente campo para una debida diferenciación que no sólo es siempre posible sino que lo es en tiempo oportuno si el clínico procura estar más atento al caso individual en sí que no si le considera como mero componente de la serie de casos que integran la epidemia y sobre todo si lleva a empeño no conceder una significación excesiva a factores que muchas veces son responsables, merced a ella, de que se diagnostique erróneamente la enfermedad; tales son, por ejemplo, la estación o época del año, la probable importación de casos sospechosos etc., datos, naturalmente, a los que no debe regatearse su justo valor, pero que tampoco deben interpretarse con un criterio estrecho y exagerado.

Los fenómenos iniciales son al parecer idénticos: la invasión gripal con su congestión o hiperemia de las mucosas la simula perfectamente el dengue con su erupción preliminar difusa sobre la cara, cuello y tronco, con inyección conjuntival y de la mucosa naso-faríngea que puede determinar tos y constricción de garganta, como en la influenza; ese eritema, que es más bien una congestión de los capilares dérmicos y comparable a la que produce un baño caliente (Reboul (2), y los síntomas funcionales a que dicha hiperemia mucosa da lugar son, sin embargo, de gran fugacidad en el dengue, no persistiendo más allá del segundo día; en la influenza, por el contrario, no sólo son de más relieve sino que van acentuándose y a poco se extienden a la tráquea y bronquios: hay expectoración temprana que nunca se observa en el dengue donde el catarro, repetimos, queda de ordinario prontamente relegado a segundo término. Las formas muy benignas del dengue en que no hay eritema inicial y en que parece que es la mucosa del estómago la única que participa del insulto invasor, pueden confundirse con la influenza gástrica, pero la brevedad del proceso febril en la primera y la ocurrencia de fenómenos catarrales, que raramente faltan siquiera sea atenuados, en la segunda, pueden servir de orientación.

El pulso lento del dengue no es un signo tan constante como el de

(1) "Observaciones clínicas acerca de la Influenza" en *Bol. de la Asoc. Med. de P. R.*, [1919], t, xiii, p. 108.

(2) Grall y Clarac, "Traité de Pathologie exotique", t. *Dengue, Fievre jaune, &* [1912], p. 8.

la influenza donde el desacuerdo con la temperatura es por lo regular mayor. La remisión de la fiebre que generalmente ocurre en el dengue hacia el tercer día, es típica cuando se mantiene dentro de sus límites normales, pero a veces es una verdadera intermitencia con retorno a la normal y si su duración se prolonga dos o tres días, puede creerse en una influenza con recaída; en estos casos es muy difícil o imposible discernir en la práctica, por la curva térmica sólamente, si se trata de una enfermedad con paroxismo febril doble o si es una repetición o recidiva de un acceso que ya había completado su ciclo; la sensación de bienestar que experimenta el paciente de dengue durante esa interrupción es un elemento que interviene ayudando a sembrar más la duda a menos que no se trate sino de una simple remisión en cuyo caso la temperatura, aunque sólo esté algunas décimas sobre la normal, debe significar una advertencia de que el acceso no ha terminado; pero de cualquier modo esas fases de remisión acentuada o de pseudo-crisis no son raras en la influenza. La aparición de la erupción secundaria, coincidiendo con el nuevo ascenso febril, es, sin embargo, un dato diferencial de primer orden, pues no hay en la influenza nada que se parezca a ese exantema que, según Coleman, "se caracteriza precisamente por no ser característico" (3): urticariforme unas veces, escarlatiniforme, morbiliforme o roseolar otras, macular, simulando picaduras de mosquitos con escaso relieve, por fin otras; su distribución sobre las palmas y dorsos de las manos primero, más tarde sobre el tronco, muslos y piernas, es casi uniformemente constante. Pero el exantema del dengue muy a menudo pasa desapercibido, en parte porque apenas persiste más de 24 horas y además porque no siempre se le busca en razón a que el segundo ascenso febril falta muchas veces: en estos casos, sin embargo, se le encuentra precisamente cuando aquél ha debido ocurrir, esto es, del tercero al cuarto día, y si ya préviamente se había sospechado la enfermedad, debería investigarse su presencia como medio eficaz de corroboración. Cuando después de una fase de apirexia la temperatura sube de nuevo en la gripe, ordinariamente es el anuncio de una complicación pulmonar que se inicia: en el dengue no hay complicaciones de ese género, la ausencia absoluta de fenómenos bronco-pulmonares es la regla. La astenia gripal puede superficialmente confundirse con el quebrantamiento general del dengue, pero a poco que se escudriñe se verá que aquí la inmovilización del sujeto es un recurso de defensa contra la intensidad de las artralgias: el enfermo permanece quieto y trata de moverse lo menos posible para atenuar en algo sus dolores tan exquisitos. Finalmente, la lengua opalina de la influenza contrasta marcada-

(3) Osler y McCrae, "Modern Medicine", [1913], t. i. p. 954.

mente con la saburra blanca o amarilla sucia del dengue, a través de la cual se ven papilas enrojecidas con bordes y punta también rojos, constituyendo la llamada lengua "de fresa".

En conclusión: frente al conjunto de fenómenos comunes a ambas enfermedades (invasión brusca y brutal con escalofrío, fiebre y quebrantamiento precoz, inyección conjuntival, hiperemia naso-faríngea, pulso lento, leucopenia y linfocitosis), hay que oponer de un lado el predominio de síntomas catarrales, la astenia temprana y la frecuencia de complicaciones pneumónicas, de otro la fiebre más comúnmente de doble paroxismo (en forma de silla de montar), el exantema y la inmovilización por artralgias, amén de la brevedad total del proceso y de su absoluta benignidad que contrasta con la ocurrencia de casos graves y fatales, por poco numerosos que sean, en todo brote epodémico de influenza.

DENGUE, FIEBRE AMARILLA Y PALUDISMO.—En la confusión clínica del dengue con la fiebre amarilla el factor epidemiológico juega un papel muy distinto del que es el caso con relación a la influenza. Vimos que en cuanto a ésta la equivocación diagnóstica varía ordinariamente en proporción directa a la rapidez de difusión de la epidemia; respecto de la fiebre amarilla, por el contrario, la confusión con el dengue, o mejor de éste con aquélla, varía inversamente con el grado de difusión, de tal suerte que en presencia de un crecido número de casos es raro que llegue a pensarse en fiebre amarilla especialmente si el factor de simultaneidad ha aparecido bien ostensible desde el principio, como es usual en las epidemias de dengue, mientras que, en sentido opuesto, un número relativamente pequeño de atacados, sobre todo si lo han sido en grupos sucesivos, pueden ser diagnosticados retrospectivamente y en totalidad, de fiebre amarilla. Así ocurrió en San Juan no hace muchos años con algunos enfermos de dengue observados en un hospital militar y asímismo ha ocurrido en otras tierras y en distintas épocas; a poco que la infección se difunda y una gran parte de la población sea súbitamente atacada, el diagnóstico tiene que rectificarse casi invariablemente. El elemento de confusión parece ser, pues, meramente individual, mientras que respecto de la influenza lo es el factor epidémico y, como antes dijimos, se evitaría posiblemente en muchas ocasiones con una observación atenta de los casos. Aquí es precisamente esa observación del caso aislado la responsable muchas veces de una confusión aparentemente mantenida por ciertas peculiaridades del cuadro clínico. Elemento principalísimo en esa falsa interpretación clínica parece ser el curso de la temperatura; la fiebre amarilla, como el dengue,

es una pirexia a paroxismo doble con una pausa intercalar que a veces es una verdadera intermitencia en tanto que otras no pasa de una remisión más o menos marcada. El paludismo puede igualmente asumir un trazado febril idéntico y en casos del tipo gastro-bilioso en que predominan ciertos fenómenos de doble afección hepato-renal, la confusión con la fiebre amarilla es posible sino frecuente en países como éste de donde felizmente ha desaparecido esa última pirexia. Por eso nos proponemos dedicar algunas líneas al análisis diferencial de esas tres fiebres apreciadas en conjunto y particularmente bajo el punto de vista de las analogías que las dos de común ocurrencia entre nosotros guardan con la tercera, respecto de la cual hemos de guiarnos exclusivamente por datos entresacados de la literatura y aprendidos de colegas que antaño tuvieron magnífica oportunidad de estudiar centenares de casos de esa plaga, oportunidad que nosotros no hemos encontrado en casi 16 años de ejercicio profesional.

Fuera del trazado térmico hay otros elementos clínicos comunes a estas tres enfermedades, a saber: el inicio brusco, los fenómenos gástricos, la bradicardia, la euforia del período apirético,... La diferenciación debe intentarse de una manera metódica atendiendo a la evolución gradual y ordenada de los síntomas. Con respecto a los de invasión, observaremos que la raquialgia del dengue puede confundirse con el llamado "golpe de barra" de la fiebre amarilla; la epigastralgia de esta última puede encontrarse también en la malaria a tipo gastro-bilioso; la distinción se reduce a una mera apreciación de matices, más intensos aquellos dolores en la fiebre amarilla que en las otras dos, aunque a veces en estas son respectivamente tan intolerables que obligan el paciente a una completa inmovilidad. La ictericia, fenómeno igualmente común a las tres, es más precoz en la remitente biliosa palúdica; la facies vultuosa de la fiebre amarilla en sus primeros días es de un color rojo caoba, encendida, con inyección conjuntival y ojos brillantes y lacrimosos como en el dengue en el momento de su *rash* preliminar; por eso decía Dutroulau que aquélla merecía en sus primeras etapas más bien el nombre de "fiebre roja"; la amarillez no aparece hasta el cuarto o quinto día, es decir, cuando la enfermedad entra en su segunda fase después del período de calma y en casos fulminantes no viene a evidenciarse sino después de la muerte; la ictericia es rara en el dengue: puede observarse un tinte sub-ictérico en las conjuntivas pero sólo en el primer estadío febríl, y regularmente no se extiende a la piel. El eritema preliminar de esta última infección es a veces atribuído a la quinina cuando se ha sospechado paludismo y administrádose aquel alcaloide; por lo demás, ya hemos visto al estudiar la diferenciación con las fiebres exantemáticas,

que la toxina malárica puede dar lugar a erupciones polimorfas que desde luego son susceptibles de confundirse con la congestión capilar cutánea del dengue.

En la orina de los enfermos palúdicos suelen encontrarse tempranamente pigmentos biliares y ese es también el caso con el dengue; en la fiebre amarilla su aparición es tardía, en el segundo período y a veces como uno de los últimos signos; las sales biliares no se encuentran ni en la orina, ni en la sangre, ni en los vómitos; para Clarac (2) esta infección se caracteriza más bien por acolia que por colemia. Las sufusiones sanguíneas subcutáneas que aparecen en distintas partes del cuerpo, sobre todo en la base del cuello y en la parte superior del torax, a modo de pseudo-equímosis, son verdaderos focos de biligenia local análogas a las que ocurren a nivel de las equímosis traumáticas; por analogía Audouard (2) comparaba el tinte ictérico difuso de la piel con el de una equimosis generalizada. En el dengue no ocurren nunca esas extravasaciones y es una fortuna, porque su erupción secundaria, de carácter tan variable, puede reproducirla con idéntica variedad la fiebre amarilla: exantema escarlatiniforme, urticaria de más o menos extensión, manchas rosadas, petequias,... son las formas que prevalecen y que usualmente hacen su aparición en el segundo período como en el dengue; en el paludismo pernicioso a forma hemorrágica pueden ocurrir sufusiones sanguíneas y coexistir además con otras extravasaciones y con erupciones diversas.

La expresión del semblante en el dengue es dolorosa, en la fiebre amarilla angustiosa. El pulso es lento en el dengue casi desde el principio, pero sobre todo al ocurrir el segundo ascenso, cuando ya no sigue a la temperatura; también lo es en la malaria gastro-biliosa lo mismo que en todo estado ictérico, pero en ninguna alcanza un grado tan extremo como en la fiebre amarilla: frecuente al principio, poco a poco se va retardando y después del período de calma se vuelve fenomenalmente lento, disociándose enteramente de la temperatura; cuando ésta y el pulso están en desacuerdo en las palúdicas biliosas, es, al contrario, la cifra térmica la que baja, la de pulsaciones manteniéndose relativamente alta.

El hipo es un fenómeno excesivamente raro en el dengue, más común y de pronóstico más sombrío en la fiebre amarilla que en la malaria. Ni en ésta ni el dengue se nota el aliento tan marcadamente fétido de la amarilla. Los vómitos de esta última son también característicos: no puramente biliosos como los de la malaria y los que a veces ocurren en

(2) obr. cit., p. 118-9.

el dengue, pero pueden colocarse ligeramente en verde; lo que les da un sello especial es la presencia de flóculos negruzcos que flotan o se adhieren a las paredes del vaso, el "ala de mosca" típico. Se han observado casos genuinos de dengue con verdadero vómito negro, pero es probable que se haya tratado de hematemesis espúreas debidas a sangre inconscientemente ingerida y proveniente de la intensa hiperemia de las fauces, amígdalas, etc. que a menudo existe.

La oliguria es común en el dengue durante la fiebre secundaria y hay a veces ligera albuminuria que por lo regular es temprana; ambos signos pueden registrarse en la malaria gastro-biliosa con o sin nefritis aguda; en la fiebre amarilla la disminución en el volumen de las orinas puede observarse desde el inicio y se va acentuando con el curso de la enfermedad, aunque en muchos casos graves no ocurre: puede haber una emisión normal hasta el día que precede a la muerte (2); lo regular, sin embargo, es que la reducción sea progresiva llegando en algunas ocasiones a la anuria. La albuminuria, por el contrario, es un fenómeno de ocurrencia más tardía: raramente aparece antes del tercer día en la fiebre amarilla, aumentando progresivamente con la marcha y agravación de la enfermedad.

La brevedad del proceso febril en el dengue y la fiebre amarilla contrasta con la mayor duración total del paroxismo contínuo o irregular en la malaria, al menos en casos que no han tomado quinina. La remisión o intermitencia que señala el período de calma en aquellas dos infecciones ocurre generalmente del tercero al cuarto día, a veces más temprano; en la malaria contínua es raro observar una remisión igualmente acentuada antes de transcurrir una semana, es decir, del sexto al octavo día. Agreguemos además que el infarto esplénico común a todas las fiebres palúdicas raramente puede constatarse en la fiebre amarilla o el dengue, al menos en sus primeras etapas.

Fnalmente, el examen hematológico es de positiva ayuda, pues en tanto que la fiebre amarilla se caracteriza por una temprana leucocitosis y polinucleosis, sustituídas luego por leucopenia y gran mononucleosis, en la malaria gastro-biliosa la leucocitosis y polinucleosis se mantienen durante todo el proceso febril, en tanto que la leucopenia y linfocitosis del dengue no son exclusivamente propias de sus últimas fases sino que se las observa desde el principio y persisten durante todo el ataque. No hay necesidad de insistir en la utilidad de la investigación parasitaria relativa al hematozoario de Laveran, y por lo que al leptospira de Noguchi se refiere, no tenemos que repetir los datos consignados al tratar de la diferenciación con la biliosa-hemoglobinúrica, concernientes a su

(2) obr. cit., p. 126.

posible demostración ya mediante el ultra-microscopio o ya por inoculación experimental.

DENGUE Y OTRAS FIEBRES TROPICALES.—Conviene hacer siquiera una breve alusión a ciertas pirexias raras, algunas tal vez desconocidas en Puerto Rico, como son las llamadas "efímera", de "Pappataci o de 3 días", "de 7 días", etc., que, aunque generalmente siguen un trazado contínuo remitente y debieron, por tanto, clasificarse con las de nuestra segunda división, no obstante, la circunstancia de su semejanza clínica con el dengue y con otras fiebres cuya curva es más bien irregular, como son las tituladas "climáticas", "simples inflamatorias", etc. justifica su inclusión y la de estas últimas en un grupo que nos proponemos analizar someramente, ya que la falta de datos nosológicos rigurosamente exactos no consiente un cotejo diferencial como en el caso de las otras fiebres tropicales mejor definidas. Agregaremos también a este grupo las pirexias directamente atribuidas a la insolación.

Los casos esporádicos de dengue con que aquí nos encontramos en todas las estaciones del año, son generalmente benignos y de muy corta evolución: la temperatura sube poco y prontamente se abate: es una fiebre *efímera* y en realidad no hay nada que pueda diferenciarla de la que usualmente recibe ese nombre y asímismo el de "febrícula" y que de ordinario no es sino una forma abortiva de ciertas pirexias infecciosas agudas, como la tifoídea, la escarlatina, el sarampión, etc. sin sus síntomas característicos. No es extraño que de igual modo pasen como fiebre efímera casos de dengue en que los fenómenos dolorosos y la postración son muy atenuados y la convalecencia es rápida: en estos casos la temperatura raramente se mantiene alta por más de un día o dos y cae para ya no volver a subir; la erupción propia del segundo período que, como sabemos, generalmente se presenta aun en ausencia del nuevo ascenso febril, casi nunca puede constatarse porque el enfermo se siente tan bien que deja la cama y vuelve a sus ocupaciones habituales. Entre nosotros son muy comunes estas febrículas y se achacan bien sea a una transgresión dietética o a fatiga corporal o a la acción del calor y la luz solares; frecuentes sobre todo en los niños, se las interpreta en la inmensa mayoría de los casos como simples indigestiones, el adjetivo simple encontrando una justificación retrospectiva en el buen efecto de un purgante que se ha reputado como factor eficiente para dominar una fiebre que seguramente habría terminado de igual modo sin su administración, una vez recorrido el breve ciclo evolutivo normal que la tipifica.

La llamada fiebre de tres días o *de Pappataci* no puede clínicamente diferenciarse de la anterior ni de aquellas formas de dengue que com-

pletan su evolución dentro de aquel período de tiempo. Aunque el paroxismo doble con la remisión intercalar, o la verdadera intermitencia, es la curva más corrientemente observada en el dengue, constituyendo su tipo febril clásico, se ven con frecuencia, sobre todo esporádicamente, casos en que la fiebre después de una marcha contínua durante 48 o 72 horas, cae rápidamente y lo que parecía ser una remisión es el término definitivo de la enfermedad. Por lo demás hay igual congestión inicial con hiperemia de las mucosas, dolores musculares y articulares, bradicardia relativa, síntomas gástricos, etc. Se menciona un signo ocular que pretende ser característico: la presencia de una banda roja en la conjuntiva que partiendo de la córnea atraviesa la esclerótica en ambos lados; más característica es la persistencia del eritema congestivo que no se limita a la fase de invasión ni se conforma con persistir durante todo el acceso sino que se prolonga 8 y 15 días después del terminado, de modo que es fácil llegar a un diagnóstico de la enfermedad en sujetos convalecientes de la misma (4). Para algunos autores ésta no es más que una forma de dengue.

Por el contrario, la pirexia descrita con el nombre de fiebre *de 7 días* constituye para muchos una entidad clínica aparte aunque muy parecida al dengue en su trazado termométrico, pues presenta la característica silla de montar. El inicio es igualmente brusco, con escalofrío e hipertermia, pero las algias son mucho menos pronunciadas; el pulso es todavía más lento y la leucopenia más notable. Con todo, esas diferencias no son más que de grado y parece muy probable que la fiebre de 7 días sea también una modalidad del dengue en la cual la remisión se prolonga dos o tres días, de modo que con los dos paroxismos febriles viene a completarse el septenario.

La fisonomía clínica del dengue se ve otras veces obscurecidas por las fiebres llamadas *climáticas* que para Reboul merecen el apelativo de "falso dengue"; los principales puntos de diagnóstico diferencial se dice que son los siguientes:

> "En la fiebre climática el *rash* inicial es inconstante, muy fugaz y reducido frecuentemente a un simple enrojecimiento de la cara y el cuello; nunca hay erupción terminal. Los dolores son musculares, sordos, provocados especialmente por los movimientos; no existen además sino en el primer período. El dengue, por el contrario, es una fiebre eruptiva; los dos eritemas son constantes y pueden evidenciarse siem-

(4) Castellani y Chalmers, "Manual of Tropical Medicine", 3a. ed., [1919], p. 1256

> pre que no haya error de diagnóstico o insuficiencia de observación. Los dolores son articulares o peri-articulares, muy agudos, espontáneos, pesistiendo durante toda la enfermedad y a veces por más tiempo.
>
> "La marcha de la fiebre en el dengue es bien característica: acceso inicial corto, fiebre secundaria más corta todavía y entre los dos una remisión neta, la temperatura bajando generalmente a la normal. En la fiebre climática la temperatura permanece elevada durante los siete días; la remisión no es constante y, cuando se produce, es poco marcada, raramente por debajo de 38" (2).

Las llamadas fiebres *inflamatorias* de las Antillas parecen ser simplemente una variedad de la anterior, caracterizada por hiperpirexia que prontamente se reduce, el trazado siguiendo luego una marcha sub-contínua con ligeras remisiones y gradualmente declinando hacia el séptimo día para no volver a subir.

Las fiebres de *insolación* son raras en Puerto Rico pero se observan casos en los niños que, sobre todo después de haber pasado alguna infección con pirexia más o menos prolongada, qùedan por un tiempo muy susceptibles a la acción directa de los rayos solares. Generalmente hay hipertermia que sólo se mantiene dos o tres días, pero otras veces la temperatura sigue un trazado como el del dengue con una remisión intercalar y un segundo paroxismo que para algunos, sin embargo, es debido a una infección intestinal secundaria (Castellani (4). La diferenciación es fácil si se atiende debidamente a los conmemorativos y a la taquicardia, taquipnea, postración, delirio y otros fenómenos mentales que casi nunca faltan. Más difícil es diferenciar estas fiebres de las palúdicas perniciosas, de las meningitis y meningismos y de otros estados patológicos acompañados de coma más o menos profundo: el infarto esplénico y la demostración del hematozoario bastarán en el primer caso; la falta de vómitos, de rigidez de la nuca y del signo de Kernig servirán para distinguirlas de las meningitis en las que, además, contrasta el pulso lento con el rápido e irregular de la insolación; el coma de ésta puede distinguirse del diabético, alcohólico, etc., por la apirexia de ellos; hay, sin embargo, otros estados comatosos en los que la elevación de temperatura es un signo muy conspícuo, como, por ejemplo, el que sigue a la hemorragia cerebral, pero la hiperpirexia aquí viene después de la insensibilidad, en tanto que en la insolación aquella precede a la insensibilidad y ésta muchas veces no es completa.

(2) obr. cit., p. 14.
(4) obr. cit., p. 1456.

RESUMEN DEL TERCER GRUPO.—Es muy difícil hacer una síntesis breve del conjunto de pirexias clasificadas en esta división. No hay identidad alguna en lo que concierne al tipo febril en sí, como en el caso de las intermitentes y de las contínuas, y en cuanto a expresión clínica hay, por el contrario, una gran desemejanza en razón de la cual se dificulta aún más cualquier apreciación colectiva. Probablemente nada nos facilitaría tanto esa tarea como la creación de dos divisiones, seguramente artificiales, pero en las que pueden ordenarse aquellas pirexias que son más o menos afines, y así tendríamos en primer lugar una en la que cabrían diversas fiebres de sintomatología vaga y poco distintiva, con una curva a veces intermitente pero plena de irregularidades, otras de más difícil análisis por lo desordenada y anárquica: tales son las fiebres llamadas "nerviosas", por darles algún nombre, las que se observan en el curso de ciertas neurosis y las comunes a muchas afecciones parasitarias, todas las cuales tienen una etiología imprecisa y muy discutida; junto a ellas podrían agruparse también las irregulares palúdicas cuya sintomatología local o visceral no es menos vaga e indeterminada; el segundo sub-grupo lo constituirían otras pirexias en las que domina una sintomatología típica y distintiva, con curva febril de interpretación ordinariamente fácil, como son de un lado las exantemáticas, ya ocurriendo en forma esporádica o epidémica, y de otro las que, si bien de generalización epidémica, gozan, en virtud de su ropaje clínico y no obstante ser éste tan variado y proteiforme, de vigorosa individualidad nosológica que las define bien netamente, aun ocurriendo en brotes muy limitados y hasta cuando se presentan errática o aisladamente como es el caso con el dengue y la influenza. Como puente de unión entre ambas divisiones serviría una que es de ocurrencia asaz rara en este país pero que se caracteriza por una gráfica termométrica inconfundible: la fiebre de Malta. Es natural, por último, que hagamos alusión a ciertas fiebres algunas de las cuales hoy no existen en nuestro suelo, como la amarilla, a otras de etiología confusa y que han llegado a recibir el nombre colectivo de falso dengue, y a otras perfectamente estudiadas pero de extrema rareza aquí; las de insolación. Desde luego que para diferenciar algunas de esas fiebres hemos debido volver a encontrarnos con infecciones cosmopolitas, como era forzoso que ocurriera, tratándose no sólo de las exantemáticas sino también de otras como la tuberculosis pulmonar y la fiebre tifoídea, ya anteriormente consideradas en los dos grupos de intermitentes y contínuas.

Era lógico esperar toda clase de dificultades tratando de sintetizar un grupo tan pobremente delineado como este de las fiebres irregulares. En rigor todas nuestras pirexias pueden serlo y a menudo se nos presentan

con un tipo febril bien desordenado. Ocurre eso no sólamente con el paludismo sino con las infecciones tíficas, las sifilíticas, las fiebres inconstantes de ciertas enfermedades de la sangre y del sistema linfático, etc. El polimorfismo térmico, sin embargo, no empece para una clasificación más o menos adecuada y para nuestro propósito hemos ordenado esas pirexias en uno u otro grupo conforme predomine el tipo intermitente o contínuo; aquí sólamente hemos incluído aquellas que regularmente no siguen, de una manera constante, ninguno de esos dos tipos clásicos sino que participan de ambos; la irregularidad de estas pirexias consiste, pues, precisamente en su falta de regularidad, apreciada ésta de acuerdo con la norma que nos ha servido para separar las comprendidas en los dos primeros grupos. Y la mayor dificultad con respecto de algunas estriba por lo mismo en determinar cuándo dejan de ajustarse a un tipo regular y han de ser, por ende, tenidas como irregulares. La influenza, por ejemplo, es una pirexia generalmente de tipo contínuo remitente y así hemos estudiado una de sus modalidades más frecuentes (las pneumónicas) juntas con las análogas de otras fiebres contínuas, pero no sólo el hecho de presentar en muchos casos una marcha febril irregular sino más bien sus afinidades clínicas más estrechas, en general, con otras fiebres de las aquí comprendidas, como la malaria y el dengue, es lo que nos determinó a reservarle un lugar en este grupo. Las fiebres inconstantes de ciertas neurosis como la neurastenia, el histerismo, son por lo común intermitentes, pero clínicamente guardan más analogías con las irregulares palúdicas y por eso las hemos traído a figurar junto a ellas.

Ya aclarado ese extremo, pasemos a considerar en conjunto el diagnóstico diferencial de las dos divisiones en las que, seguramente de un modo arbitrario, hemos separado las pirexias de este grupo, a saber, las de sintomatología vaga con curva febril muy variable y las de fenomenología característica con curva febril más fija y de interpretación fácil. Es aparente que el diagnóstico de las primeras no puede basarse únicamente ni en la historia clínica ni en el resultado de la exploración, por bien que se la metodice, ni siquiera en las datos de laboratorio por concluyentes que parezcan: sería muy osado quien atribuyera a la epilepsia o a la uncinaria papel exclusivo o principal en la etiología de determinada fiebre por el hecho de que en los antecedentes del enfermo figuren ataques comiciales o en su excreta se hayan encontrado ovas de aquel verme. El problema aquí es ni más ni menos el mismo que hubimos de encontrar al querer establecer la diferenciación de las fiebres filáricas y luego el de las perniciosas palúdicas: no basta evidenciar el germen sino cerciorarse de su probable condición de mero espectador por una parte, o de otra justipreciar su papel patógeno exclusivo no ya como agente pirético

sino como causante de determinados estados o complicaciones cuya génesis hay que buscarla muchas veces en alteraciones orgánicas que ya actuaban de atrás y a cuyo influjo el germen ha provocado fenómenos clínicos que modifican la pirexia de modo inusitado, ciertamente extraños a los que estamos habituados a observar en el curso evolutivo de la misma en circunstancias normales. Resultaría igualmente arbitrario achacar a la filaria un cólico abdominal febril porque el sujeto nos revele en su sangre periférica embriones de aquel parásito, sin que tratáramos de excluir antes debidamente las enfermedades que pudieren dar lugar a aquel síndrome, o al paludismo un estado de profundo coma o de hemiplegia súbita sólo porque encontramos el hematobio en una lámina de sangre, sin detenernos a investigar el influjo o la culpa etiológica directa de una nefritis anterior, de una arteriosclerosis, de una diabetes, en sujeto atacado entonces por la malaria que posiblemente habría evolucionado con relativa benignidad de no existir una de aquellas afecciones concomitantes o precedentes. En el diagnóstico de esas fiebres vagas e imprecisas hay que contar, pues, con otros dos elementos: primero una exclusión cuidadosa de todo agente piretógeno, no olvidando el papel preponderante de infecciones intestinales favorecidas por el frecuente parasitismo y por circunstancias climatológicas bien conocidas, y segundo el resultado de la terapéutica específica. Si la pirexia, una vez eliminadas otras causas probables y atribuída entonces a una helmintiasis determinada, se abate con la expulsión, por ejemplo, de los ascárides, y uncinarias merced a la santonina o al timol o provocando la muerte de las amibas específicas con la emetina, estaremos autorizados a diagnosticar tales fiebres como fiebres de lumbricosis, de uncinariasis, etc., pero sólo así retrospectivamente, y todavía nos quedaría la duda razonable de si fueron infecciones intestinales secundarias que tan comunes son en estas tierras tropicales.

La diferenciación correcta y oportuna de las pirexias ordenadas en la segunda división es de capital importancia pues muy a menudo envuelve la cuestión del diagnóstico de una epidemia. La gran dificultad aquí estriba en que, aunque el deber primordial del clínico es para con el caso aislado, no le es posible, en infinidad de ocasiones sustraerse a datos como el de probable epidemicidad, el de real o supuesta importación, etc. referentes a casos simultáneos que guardan gran semejanza sintomatológica con el que es motivo de su observación personal actual. Con respecto a las fiebres exantemáticas, los errores de diagnóstico hay que atribuirlos en la inmensa mayoría de los casos a precipitación en querer dar nombre a una enfermedad cuando los elementos de observación son todavía muy escasos y poco netos. El tropicalista tiene que re-

cordar primeramente que es rara la fiebre en estas tierras que no vaya acompañada de alguna dermatitis, de modo que ha de proceder con cautela y no decir, por ejemplo, sarampión o escarlatina cuando puede tratarse simplemente de un eritema morbiliforme o escarlatiniforme de origen malárico (o post-quínico), o de un *rash* precursor de otro exantema como la viruela; si el práctico va con calma y no se festina, diagnosticará correctamente en la generalidad de los casos; claro es que necesitará con frecuencia ayudarse con los datos de la hematología, no confiando exclusivamente en el posible hallazgo de plasmodias, sino interpretando juiciosamente la fórmula leucocitaria y el contaje total de glóbulos blancos, especialmente en la fase preliminar, pre-eruptiva, de esas pirexias que es cuando más ha de necesitar de tales recursos diagnósticos.

En las fiebres residuales que se presentan a veces en pos de algunos de esos exantemas no debe tampoco partir de ligero recriminando siempre al paludismo; no olvide, como dejamos anotado, que muchas de esas fiebrecitas no significan sino desequilibrios de los centros termogénicos que todavía no se han repuesto del insulto sufrido; recuerde además que hay grandes variaciones individuales en cuanto a capacidad para eliminar toxinas y gérmenes infecciosos y que si la generalidad de los enfermos puede deshacerse de unas y otros dentro del período de tiempo en que regularmente se completa el ciclo evolutivo de una de esas pirexias, hay muchos, sobre todo niños, que sobrepasan aquellos límites normales y así no debe sorprender que haya fiebre después de completada una erupción rubeolar o varioliforme y hasta que persista durante y después de la descamación o desecación correspondiente sin que se esté frente a ninguna complicación visceral ni a una invasión palúdica concomitante. No olvide, como ya hicimos constar, que en tierras tropicales las infecciones por colibacilos y otras bacterias intestinales es materia de corriente observación y que pueden ellas solas, o cooperando con una defectuosa eliminación del agente infeccioso, entretener un estado febril, tenaz y desconcertante al parecer.

Es incuestionable que otras enfermedades epidémicas no se nos revelan sino confusamente al principio, aun después de observado su ciclo completo en casos individuales, y así lo que, por ejemplo, es pura influenza y llega a considerársela correctamente más tarde, se diagnostica de dengue en sus inicios y luego se vacila y hasta se concluye por afirmar la coexistencia de ambas. Así parece también difícil distinguir entre dengue y fiebre amarilla cuando primeramente aparece una u otra en una comunidad. Ya expusimos nuestro criterio acerca de cómo una exageración en la interpretación de los factores epidemiológicos y el consiguiente abandono del caso personal por lo que a observación libre de prejuicios

y estudio analítico se refiere, son responsables de la mayor parte de las equivocaciones cuando de influenza—dengue se trata, contrastando a la inversa con una exagerada ponderación de los elementos clínicos por lo que respecta al caso individual y el desdén con que se miran factores de tanta importancia como la simultaneidad o la aparición en grupos sucesivos de los casos, el grado de difusión de la epidemia, etc. que dan margen a las más frecuentes equivocaciones en el caso de dengue—fiebre amarilla. El clínico ha de buscar apoyo en la observación atenta de esos casos que tan dudosos se le aparecen y que tanto le comprometen al inclinarse a diagnósticos que pronto han de encontrar refutación o raramente ratificación, en su sagacidad y malicia a veces para sorprender signos y síntomas de positivo valor patognomónico, en el laboratorio cuyos informes representan para él, en su frecuente desorientación, elementos de indiscutible ayuda so pena de que vaya a interpretarlos con el mismo criterio estrecho que en muchas ocasiones le lleva a una apreciación errónea de los fenómenos clínicos y de los datos epidemiológicos.

En las fiebres que ocurren en los períodos de convalecencia aparente de algunas de estas enfermedades no debe tampoco partirse de ligero al afirmar un paludismo cuyo ingerto parece probable muchas veces pero que otras hay que rectificar en beneficio de infecciones totalmente distintas particularmente en lo que concierne al pronóstico. Recuérdese, por último, que una infección de las consideradas en esta división puede ser de marcha crónica desde un principio, como sucede tratándose de ciertas formas de influenza, y que si bien hay motivo para que éstas pasen obscurecidas como si se tratara de infecciones residuales o sobreañadidas, no debe en manera alguna olvidarse que el factor fiebre puede ser la única expresión clínica de complicaciones aun no resueltas. Vimos hasta qué punto necesita el clínico valerse de todas sus astucias diagnósticas para despistar en un conjunto así abigarrado y confuso de afecciones respiratorias febriles, casos tempranos y aun moderadamente avanzados de tuberculosis pulmonar.

Todas esas circunstancias tienden paradógicamente y en cierto modo a individualizar este grupo de pirexias. La misma variabilidad térmica, acoplada con el polimorfismo de la fenomenología clínica que las caracteriza, parecen contribuir a definir mejor el conjunto de estas fiebres irregulares. Para el tropicalista, y para el internista en general, el diagnóstico diferencial de las entidades aquí acumuladas no cede un ápice en importancia al de las clasificadas en los dos grupos anteriores; si bien relativamente fácil tratándose de muchas de ellas, da lugar en otras a grandes dificultades; pero, como ya dejamos advertido su significación estriba no ya en el reconocimiento oportuno de una enfermedad más o

menos grave sino en cuestión de mayor trascendencia que la concerniente al caso aislado: el reconocimiento de una epidemia. Dicho se está que el práctico tiene que despojarse de todo prejuicio para no calificar de "nerviosa" una pirexia que es a veces el único exponente clínico de lesión anatómica o alteración funcional importante: que le es necesario no dejarse llevar de falsos espejismos atribuyendo aquélla a una simple helmintiasis, inocente a ese respecto casi siempre, no pudiendo sustraerse a la obligación de procurar fijar de manera categórica la verdadera causa piretógena en esos estados al parecer banales pero que muy a menudo ocultan enfermedades de difícil diagnóstico; con todo, su responsabilidad en tales ocasiones no alcanza la que la toca cuando en presencia de casos sospechosos de dengue o influenza, viruela o sarampión, tiene que afrontar el diagnóstico de los mismos, que, si son los primeros observados, le imponen el deber ineludible de definir nosológicamente un brote epidémico.

Si, atentos a las consideraciones que dejamos expuestas, fuésemos a resumir en pocas palabras lo que clínicamente caracteriza los tres grupos de pirexias, no tomando en cuenta sino el conjunto de rasgos generales comunes a todas o la mayor parte de las que integran cada uno, y el papel que necesariamente compete al médico en materias de diagnóstico, sobre todo en lo que respecta a dilaciones o urgencia y a los elementos de más positiva ayuda en la fijación del mismo, diríamos:

(a) que en las *intermitentes* hay una gran identidad por lo que al trazado térmico concierne, las distinciones no siendo sino de grado o dependiendo nada más que de la frecuencia y probable periodicidad con que se repite el paroxismo febril; las reacciones viscerales, si bien netas en la inmensa mayoría de los casos, no alcanzan tanta prominencia, de ordinario, como el comportamiento de la temperatura: es el elemento fiebre en sí el que domina la situación: los datos de laboratorio son de gran ayuda en su diferenciación oportuna; generalmente de marcha sub-aguda o esencialmente crónica, las demoras en cuanto a su reconocimiento están hasta cierto punto justificadas por la relativa benignidad, a veces sólo aparente, de los fenómenos clínicos, y el enfermo mismo parece no tener gran prisa en ser diagnosticado;

(b) en las *contínuas* y remitentes la variabilidad térmica es mayor, pero como los signos y síntomas clínicos adquieren más relieve desde el principio, y como además el sostenimiento de temperaturas más o menos altas es motivo de seria preocupación para el enfermo y sus familiares, sino tanto para el médico, éste no puede eludir la obligación de formular un diagnóstico temprano que en algunas ocasiones las circunstancias

le exigen de manera imperiosa; la marcha de la enfermedad es bastante distintiva en la mayoría de los casos, pero no es posible, confiando exclusivamente en ella, hacerse una diferenciación exacta; tampoco el laboratorio puede en muchos de ellos resolver él solo problemas fundamentales del diagnóstico de estas fiebres; hay que traer a cuentas la anamnesis para poder apreciar el estado anterior del enfermo, (esto es, su constitución patológica propia), e interpretar las modificaciones que unas u otras de sus taras viscerales o humorales imprimen a la evolución la pirexia;

(c) en las *irregulares*, por último, la gráfica termométrica no basta por sí sola sino en muy contadas ocasiones para establecer un diagnóstico; sus mismas variaciones en casi todas las del grupo, si bien constituyen a veces trazados bien típicos, no lo son para que pueda ayoparse en ellos exclusivamente una diferenciación correcta; la clínica juega aquí el papel predominante, no ya orientando debidamente al médico en cuanto al caso aislado sino dándole al propio tiempo los medios para el reconocimiento oportuno de brotes epidémicos en las pirexias que ocurren en esa forma; la urgencia del diagnóstico es en éstas, por consiguiente, todavía mayor que en las del grupo contínuo; añadamos que en otras irregulares mucho más imperfectamente definidas no bastan los datos aportados por la anamnesis, la clínica y el laboratorio sino que es preciso hacer entrar en juego otro factor para complementar aquellos: el resultado de pruebas terapéuticas específicas.

Hemos llegado al término de nuestro trabajo. Ninguna rama de la Medicina tropical tan importante para el práctico como la piretología: ninguna sección de ésta le ofrece tantas escabrosidades como el diagnóstico diferencial. Hemos visto cómo, para vencerlas, hay que valerse de cuantos datos puedan ilustrar el conocimiento completo de las enfermedades regionales o cosmopolitas capaces de entretener una pirexia dada. No basta a la cabecera del enfermo esforzarse en asignar causa etiológica a los fenómenos que integran el cuadro clínico; el tropicalista tiene que pasar revista a todas las fiebres que puedan simular la que sufre el caso caso en cuestión, si es que quiere ponerse al abrigo de sorpresas por omisiones, más frecuentes aquí que en ninguna otra rama de la Patología interna.

Ninguna fiebre es bastante distintiva en sí para permitirnos un diagnóstico directo; hágase excepción tan sólo de las cuartanas palúdicas clásicas, bien raras en el país, y de la melitococcia, demasiado más rara aún. El paroxismo de una terciana maligna con sus cinco etapas definidas de

ascenso inicial, acmé con ligeras remisiones, pseudo-crísis, elevación precrítica y declinación final, con parecer además de típico tan exclusivo, lo hemos visto fielmente reproducido en una fiebre séptica sin el menor asomo de concomitancia malárica. Los paroxismos alternos del paludismo a forma terciana se ven a menudo perfectamente imitados en cuanto a periodicidad y fenomenología clínica por ciertas fiebres tuberculosas. Del mismo modo, el tipo febril invertido con exacerbación matinal y remisión o intermitencia vespertina, que tan exclusivo se nos antoja de la tuberculosis pulmonar, puede reproducirlo exactamente la malaria. No puede tampoco afirmarse, como algunos pretenden, una sepsis visceral cualquiera y en especial una amebiasis del hígado porque ocurran hasta dos accesos febriles en 24 horas, pues sabemos que se ven a menudo casos de paludismo con paroxismo duplicado en el transcurso de un día. La remisión acentuada de la fiebre en el dengue hacia el tercer día o antes, o la verdadera intermitencia como preludio de un nuevo ascenso, ocurre lo mismo en la fiebre amarilla y en la espiroquetosis icterohemorrágica; igual remisión, aunque más temprana, (generalmente al segundo día), se ve también en el sarampión, la colibacilosis, la influenza muchas veces. Ni el curso, ni la periodicidad, ni ningún otro factor directamente relacionado con la temperatura puede ayudarnos a diferenciar con exactitud las fiebres residuales que tan comúnmente se observan después de diversas infecciones como las exantemáticas, la misma influenza, etc. de las propias de un paludismo que se hubiese ingertado en plena convalecencia o de las de una tísis pulmonar despertada de su latencia por el sacudimiento pasado. Ciertas pirexias cosmopolitas, como la tifoídea, que en los climas templados siguen un curso tan típico que llevado a la gráfica permite, por el solo análisis de ésta, un diagnóstico de gran probabilidad cuando menos, aquí se ven muy sensiblemente modificadas en su evolución térmica, siendo corriente un ascenso inicial brusco en vez del gradual y escalonado de la forma clásica, y no hay práctico que no haya dejado de ver tifoídeas genuinas con un trazado intermitente en lugar de remitente o subcontínuo, etc., de suerte que pirexias exóticas como esa parecen haberse acogido a nuestros tipos febriles predominantes al sufrir su aclimatación en estas tierras. Contemos también con las infecciones intestinales, de ordinario febriles, que tan frecuentes son entre nosotros como resultado casi constante del parasitismo del tubo digestivo e invariable de condiciones climatológicas favorecedoras, etc. Mencionemos, por último, el polimorfismo de muchas de nuestras pirexias; huelga seguramente particularizar la malaria a este respecto, pero debemos recordar que lo mismo la filariosis que la influenza, la colibacilosis que los estados febriles consiguientes a las anemias, las leucemias, el cáncer vis-

ceral, etc. pueden seguir un tipo ya intermitente, ya contínuo o remitente, ya desordenado o irregular. Por eso reconocemos que la clasificación que nos ha servido de pauta, además de arbitraria, peca de viciosa, pero como se habrá visto, no la hemos utilizado sino con fines de mera ordenación nosológica, por lo que podía facilitarnos el cotejo diferencial de pirexias más o menos afines. La separación en grupos determinados apenas había de ofrecernos aporte utilitario alguno para una diferenciación basada nada más que en el tipo febril; hemos visto, por el contrario, que es absolutamente preciso fundamentarla en el aprecio y ponderación de los demás elementos clínicos, algunos de ellos observados a la cabecera del enfermo, otros arrancados a los métodos analíticos y microscópicos, etc.

Por un proceso de cuidadosa exclusión de las enfermedades más parecidas de cada grupo, tomando también de otro distinto las que, si bien desemejantes en cuanto a su tipo febril, presentan afinidades respecto de sus otras reacciones generales o de las locales, y haciendo el debido aprecio de toda la historia clínica y de los datos que una exploración metódica y atenta ha de ofrecerle, podrá el médico en muchos casos de fiebre llegar a un diagnóstico de certeza, otras de mera probabilidad sólamente, que el laboratorio se encargaría luego de corroborar. En algunas no puede bastar esa sanción y el clínico tiene que confrontar la anamnesis, otras no le será fácil dejar de considerar la constitución epidémica reinante y todas las circunstancias de ésta relacionadas con el caso en cuestión; otras, por fin, será el efecto terapéutico de una droga determinada el que ha de darle la clave de una diferenciación clínica exacta. Es preciso valerse de todos esos recursos. Ninguno de ellos utilizado separadamente nos dará, sino en raras ocasiones, elementos suficientes para un diagnóstico diferencial oportuno. La historia natural de muchas pirexias, por ejemplo, con ser tan precisa, rara vez sirve para confirmar *a posteriori* presunciones diagnósticas precozmente formuladas; el conocimiento de la misma es en la mayoría de las ocasiones de inutilidad casi absoluta para predecir en las primeras etapas de una enfermedad febril cuál ha de ser su curso y desarrollo ulterior. Las equivocaciones a este respecto abundan más en estas tierras del trópico que en ninguna otra, a causa de las modificaciones sensibles que experimentan las fiebres de los países templados en nuestros climas cálidos. Se diagnostica una influenza de tipo respiratorio y se anticipa una evolución breve, contando naturalmente con que no sobrevenga complicación alguna, para luego asistir al desarrollo de una fiebre tifoídea desesperadamente larga, cuya bronquitis inicial, acentuada, bastó para despistar al clínico que, por otra parte, se acogió buenamente a aquella presunción ante una invasión brusca y

ruidosa que ocurrió sin prodromos de ninguna clase, olvidando en un momento cuán poco obedecen los cánones clásicos las fiebres eberthianas que aquí padecemos.

El laboratorio, cuya contribución se considera acaso como la más científica y rigurosamente exacta, no podrá sacarnos de apuro muchas veces. Querer sentar un diagnóstico de dotienentería simplemente porque se obtenga con un suero dado una reacción de Widal positiva es exponerse a tener que admitir luego la presencia de aglutininas colaterales en la sangre del sujeto afecto de una fiebre muy distinta a la tifoídea; del mismo modo podemos sospechar que un caso dado sea sifilítico o palúdico y hasta corroborar esa sospecha con un Wassermann positivo o con el hallazgo de gametos en una lámina de sangre, pero eso no nos autoriza, exclusivamente, a asignar uno de tales orígenes a la pirexia con la cual estamos tratando. ¿Qué ayuda práctica puede esperarse del laboratorio para diferenciar por la sola bacterioscopia del esputo la influenza de otras afecciones respiratorias benignas? Nos podrá decir en los primeros días de una pirexia si la ligera leucocitosis que revela el análisis de la fórmula hematológica se debe a una infección tífica o a una sepsis en la cual las defensas no han tenido tiempo de exihibirse aún en toda su pujanza? o si una linfocitosis relativa, y hasta absoluta, es sintomática de un paludismo en sus fases apiréticas o de una leucemia linfática incipiente o de una tuberculosis temprana o de sífilis visceral o aún de una infección séptica de algún órgano rico en tejido linfoídeo o si es simplemente la linfocitosis que normalmente se observa en los sujetos neurasténicos, febriles o nó? La observación clínica tiene que adquirir en esas y análogas circunstancias una preponderancia completa sobre los informes suministrados por el laboratorio. Pero infelíz del práctico que no confiara, para diagnosticar fiebres tropicales, más que en los datos que le aportan el curso de la enfermedad y la exploración del enfermo: no le sería posible diferenciar con ninguna exactitud ni paludismo, ni filariosis ni acaso ninguna otra y pocas, si algunas, de entre las cosmopolitas modificadas o no en este ambiente. Aún en el caso de determinaciones viscerales con expresión sintomatológica neta y bien apreciable ha de requerir el concurso del laboratorio para una debida diferenciación etiológica: el examen microscópico del esputo, por ejemplo, le dirá lo que la clínica sola no podría en manera alguna aseverarle, esto es, si los signos de infiltración que ha sorprendido en un vértice corresponden a un proceso tuberculoso o si se trata de una de esas afecciones raras en nuestro país, pero respecto de las cuales debemos estar siempre ojo avisor: la actinomicosis, la paragonimiasis, la bronco-moniliasis, la espiroquetosis bronco-pulmonar, etc. cuyos agentes causales nos revelaría la lente; de un modo

indirecto la comparación de la fórmula hematológica le permitirá distinguir entre algunas de esas afecciones y otras sintomatológicamente parecidas por lo que al estado general y reacciones febriles en particular se refiere, pero de origen extrapulmonar, como la clorosis, la estrechez mitral, etc. con infección séptica concomitante, así como también entre un paludismo con determinación esencialmente hepática, una sepsis biliar, un absceso disentérico, procesos estos que en una u otra fase de su evolución coinciden en su sintomatología y que no pueden diferenciarse por los procedimientos puramente físicos de exploración, etc. Toda una larga serie de enfermedades tropicales parasitarias tienen que ser diagnosticadas en el laboratorio: podrá un práctico experimentado aventurarse a afirmar una filariosis en presencia de ataques repetidos, más o menos periódicamente, de linfangitis aguda con fiebre de relativamente corta duración, pero ¿y en el primer ataque?; de igual modo con muchas palúdicas, como con muchas tíficas, tuberculosas, etc.

Pero el tropicalista debe tener en cuenta las limitaciones del auxilio que para sus diagnósticos le presta el laboratorio; así, por ejemplo, el hallazgo de ovas de ascaris en las heces le permite asegurar la infestación del intestino con ese parásito, y ya en esta seguridad, y conociéndole esencialmente errático, puede atribuirle las más diversas afecciones como debidas a localizaciones accidentales del mismo, por ejemplo, en los conductos biliares, en la faringe, la tráquea, etc., pero en presencia de un estado febril, ¿le bastaría con ese único dato de la excreta para imputar al ascaris lo que acaso se deba a él sólo de un modo indirecto, favoreciendo, vamos al decir, mecánicamente, la penetración de bacterias diversas? Igual es el caso con respecto a otros parásitos cuya localización temporal o fija no es ya el intestino sino aún la sangre: no puede bastar meramente el dato de su presencia para achacarles culpa etiológica en una pirexia dada: una linfangitis con estado general grave y hasta con terminación fatal en un filariano resulta a veces por perniciosidad de esta misma invasión parasitaria, pero también puede tratarse de una peste bubónica que así constatada esporádicamente ha podido pasar hasta cierto punto obscurecida o totalmente ignorada por un juicio prematuro acerca de la participación exclusiva, en el proceso, del referido nematodo. La misma perniciosidad palúdica con la que tan habituados estamos, es función esencial del germen o únicamente la favorece o excita éste por su implantación en un organismo con taras de nefritis, de diabetes, de arterioesclerosis,... de desequilibrio o instabilidad humoral por hipofuncionalismo de las suprarrenales, del tiroides, etc. o lo que es más común, por insuficiencia pluriglandular crónica? Es indudable que la observación clínica aunada con las enseñanzas del laboratorio no basta siempre

sino que unas veces ha de complementarse con el conocimiento de la historia anterior del enfermo, otras con una cuidadosa y concienzuda exclusión de las enfermedades afines respecto de la cual actualmente se sospeche, en tanto que otras requiere la sanción de tal o cual prueba terapéutica. El diagnóstico diferencial de las pirexias tiene que buscarse en el aporte de todos esos factores y en una justa valoración del conjunto.

Anamnesis, exploración metódica, laboratorio, exclusión ordenada y medicación específica, son pues, los medios de que ha de valerse el tropicalista para deducir elementos clínicos con que diagnosticar correctamente no sólo las fiebres propias de la región sino también las cosmopolitas, modificadas o no por los agentes climatológicos reinantes. Los datos derivados de todas esas fuentes ha de utilizarlos constantemente para recorrer el camino ya trillado por otros, reduciéndose, por ende, su cometido a procurárselos e interpretarlos de una manera juiciosa y efectiva: ellos también le ayudarán a delinear y llegar a definir muchas pirexias de causa ignorada, o acaso en parte conocida, pero de muy borrosa fisonomía clínica; es seguro que ya entonces no han de bastarle esas únicas fuentes de información y experimentación: necesitará además los dones de la intuición y de la sagacidad para sorprender a la cabecera del enfermo fenómenos y signos que antes no se revelaron a otros o ante la platina del microscopio o la probeta química demostración objetiva de hallazgos felices, la interpretación exacta de aquellos y de éstos llevándole a esas hermosas síntesis que son la descripción de nuevas entidades clínicas o de algunas que sin ser nuevas no pasan de la categoría de imperfectamente delineadas, pues no hay que olvidar que, como muy bien dice Barker, "en el estudio del arte pictórico puede cualquiera, después de una larga aplicación y práctica aprender a pintar cuadros, pero no siempre llegar a ser un Velasquez; de la misma manera cualquiera persona de mediana inteligencia puede familiarizarse con la técnica del examen de enfermos, pero no es dado a muchos componer cuadros clínicos como los que nos legaron Sydenham y Graves, Laennec y Trousseau, Friedreich y Kussmaul, Flint, Janeway y Fitz, para no mencionar sino algunos de los más grandes internistas ya desaparecidos".

INDICE

CORRECCIONES

En la impresión de este trabajo se han deslizado numerosas erratas, faltas de acentuación y puntuación, etc. que el autor no pudo evitar ni aún atendiendo personalmente a la revisión de pruebas. Afortunadamente la mayor parte de ellas habrá sido salvada por el sano juicio de los comprofesores que las han advertido. Hay otras, sin embargo, tan atentatorias las más a una correcta terminología médica y algunas que desvirtúan de tal modo ciertos conceptos, que no puede menos de considerarse obligado a subsanarlas y así lo hace en la tabla siguiente:

Núm.	*Página*	*Línea*	*Donde dice*	*Léase*
126	39	18	pneumocococias	pneumococcias
	41	8	flota cavitaria	flora cavitaria
	45	9	atribuirlo a una sola	atribuirlo a esta sola
127	73	24	muy difícil	muy difíciles
	83	18	el pus tiene	el pus encuentra
	85	21	poliformo	polimorfo
	88	6	el paludismo	de paludismo
	89	33	a los tipos de	a las formas de
	94	22	ciertamente	regularmente
128	118	16	una u otra etapa	una u otra fase
	121	15	en que a causa de	en que debido a
	127	41	semejantes repetidos	semejantes ocurridos
	133	30	pueden ocurrir	también ocurren
	147	9	no debe limitarse	no ha de limitarse
130	51	18	signos	fenómenos
	53	24	Más fácil	Más fáciles
	53	33	signos	datos
	56	27	morbillosa	post-morbillosa
	61	19	muy inflamada	muy inflada
	65	10	sobre parto	sobreparto
131	99	13	elevación de	elevación de la
	116	32	a menudo fatales	a menudo rápidamente fatales
133	199	32	en las de	en los de
	200	9	no ha de tener	no ha de encontrar
	212	4	e imperiosa	e imprecisa
	212	20	desigualadas	desigualdades
	219	39	en el ascaris y	en el escaris y no
134	276	11	(y que la niña	(ya que la niña
	282	5	signo que	signos que

REVISTA DE REVISTAS

INFORMCION DE RADIOLOGIA DE LA T. PULMONAR

RADIOGRAFIA DE LA T. DE LA INFANCIA.—O'Brien, Ames, *J. Amer. Med. Assoc.* 28 Mayo, 21.

En 36 niños con reacción tuberculina positiva, 26 presentaban lesiones intratorácicas denunciadas por la radioscopia o radiografía. La señal de Espine tiene escaso valor, pues sólo se halló en 11 veces en 28 casos, en los que los rayos X demostraron la hipertrofia ganglionar. En 15 casos clínicamente negativos, los rayos X demostraron alteraciones tuberculosas.

RONTGENTERAPIA DE LA T. QUIRÚRGICA EN EL RESERVERLAZARETT, DESDE 1914 AL 1918.—H. Rapp. (Strahlen); ref.: *Surg. Gyn. Obst.* IX-1920.

Los mejores efectos de este tratamiento se observaron en las adenitis cerradas y reblandecidas, si bien a veces se tuvieron que vaciar, y se hubo de sufrir alguna reacción focal fuerte, febril, etc. Si hay fistulización, ya no es tan brillante el resultado y se necesitan muchos meses para el tratamiento.

Peritonitis tuberculosas. En la forma seca puede decirse que casi todos curaron en unos cuatro a seis meses, sin efectos reaccionales perniciosos merced a la debida prudencia en la irradiación.

Artritis. La reacción favorable ha sido lenta y en la mayoría de las veces sólo parcial, y más todavía el resultado ha sido precario cuando el hueso estaba muy afecto, no habiéndose podido evitar casi nunca el resecar o amputar; la forma sinovítica responde mejor, pues casi siempre se evita la operación con tal de que se vaya sacando el pus.

Sin embargo, en otra tuberculosis ósea, la costal, pudieron obtenerse éxitos definitivos.

También se obtuvieron en la T. testicular, del epedidimo, etc., sin caseificación todavía.

La tuberculosis de las vértebras, la del ano y la tendinosa, resultaron imposibles de curar con este medio.

ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL PIONEUMOTÓRAX PARCIAL INTERLOBAR.—Roubier, Coste, Soc. Méd. de os Hosp. París, 12-4-21.

Los empiemas interlobares pueden simular el aspecto exterior y los signos funcionales de la tuberculosis.

La radioscopia puede entonces prestarnos grandes servicios, como lo prueban dos observaciones.

El examen en la pantalla permitió revelar la existencia en posición oblícua anterior de un pequeño pioneumotórax consecutivo a una neumonía complicada de pleuresía interlobar.

En tales casos existen vómicas fragmentarias de aspecto mononuclear, lo cual todavía hace más fácil la confusión con una tuberculosis cavitaria.

Las observaciones radioscópicas de ese género son muy raras. Barjou ha señalado un caso análogo, en el que el examen a la pantalla reveló un pequeño pioneumotoráx que curó rápidamente después de la intervención: ésta puede estar indicada en caso de alteración muy grande del estado general.

Los rayos X en el tratamiento de la T. pulmonar. — Bacmeister (*Strahlent*; ref.: "Tuberculosis", I-1920).

El empleo de os rayos X en las afecciones quirúrgicas de las partes blandas y de las óseas y articulares, está justificado por la eficacia que la acción electiva de dichos rayos ejerce sobre el tejido de las granulaciones tuberculosas, a las que destruyen, transformándolas en tejido fibrosocicatricial.

No sorprende, pues, que se haya querido aplicar ese recurso al tratamiento de la T. pulmonar.

Sin embargo, el empleo de tal método en la T. pulmonar es muy delicado, difícil, pues es preciso estar advertidos de la posibilidad de acciones destructivas que podrán llegar hasta la formación de hemorragias.

Ante tales peligros, conviene afirmar que el empleo de los rayos X en la T. pulmonar, debería limitarse a aquellas formas que merezcan el calificativo de induradas.

El campo pulmonar debe ser dividido en dos zonas, anterior y posterior, las cuales se irradiarán sucesivamente a fin de dar dosis pequeñas y repetidas, separadas por un período de reposo.

Y se tomará esa precaución, pues se pueden observar fuertes elevaciones de temperatura,, como consecuencia del exceso de dosis o gran aumento de la expectoración. La mejoría es lenta.

Fundamenta el autor sus asertos en su experiencia sobre 700 casos, con resultado satisfactorios.

El cuadro radiológico del proceso de curación de la tuberculosis pulmonar.—Maragliano (*La Rad. Med.*, 2-1921; ref.: "Tuberculosis", Noviembre 1921).

Las comprobaciones radiológicas aprovechables en los procesos de

curación, son las que se relacionan con la esclerosis y la calcificación; la relación entre la apariencia y el hecho anatomopatológico es cierta para la calcificación y de gran probabilidad para la esclerosis. Ambos procesos significan, por de pronto, que en determinados distritos pulmonares hay sólo lesiones curadas, lo cual tiene sólo un valor aislado, y no permiten deducir conclusiones seguras sobre el estado del restante ámbito pulmonar. En el cuadro radiológico de un tuberculoso clínicamente curado, la esclerosis y la calcificación se hallan extendidas a todo el territorio afecto, y en parte a aquel que pareciera primitivamente sano; suele observarse la difusión peribronquial de la calcificación. Esta modalidad no puede, por ahora, asumir el significado de curación de la tuberculosis.

Para el penumotórax terapéutico, la curación definitiva es proporcionada a expensas de un proceso hiperplástico pleurógeno, que, a modo de coraza pleurítica, viene a inmovilizar el pulmón.

SALPINGITIS TUBERCULOSA.—J. P. Greenberg. *Johns Hopkins Hospital Bulletin.* Febrero 1921; ref.: "J. Am. Med. As." 1-4-21.

El autor analiza todos los casos de salpingitis tuberculosa que se presentaron en el servicio de ginecología del Johns Holkins Hospital, durante los últimos treinta años, pero sólo estudió clínicamente los casos (200) que revelaron tuberculosis al hacer el examen microscópico. Esto no proporciona la morbicidad exacta de la enfermedad, pues a muchos pacientes con peritonitis tuberculosa o invasión tubaria, no se les extirparon las trompas. Hubo sesenta y siete pacientes: veintitrés tenían tuberculosis tubaria. Se comunica historia de tuberculosis familiar en 22'5 por ciento, mientras que en un 2'5 por ciento más, el cónyuge había padecido tuberculosis pulmonar. Se hizo el diagnóstico exacto, antes de la operación, en solo 13 por ciento de los casos, y en más de la mitad de éstos, la ascitis fué un auxiliar del diagnóstico. El orden de frecuencia, en la invasión de los órganos pélvicos, fué como sigue: trompas, útero, ovarios, cuello y vagina. La tuberculosis de estos órganos estaba asociada con tuberculosis tubaria, como sigue: útero, 72'6 por ciento; ovarios, 33'1 por ciento; cuello, 3'5 por ciento y vagina, 0'5 por ciento. En 99 por ciento de estos casos, estaban invadidas ambas trompas. En 68 por ciento de los casos, había invasión peritoneal, y en 3 por ciento, el apéndice era tuberculoso. En 17 por ciento, el mioma uterino estaba asociado con el proceso tuberculoso. Unicamente en 2 por ciento, existía invasión asociado del aparato urinario.

PULMONIA

Los venenos hemáticos de los pneumococos—A. Schnabel. *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.* 22 IX de 1921; ref.: "La Pren. Méd. Argentina", 3z Octubre 1921.

La propiedad de los pneumococos y estreptococos mucosos de formar un halo verde alrededor de las colonias en placas de agar-sangre y de decolorar en verdepardo o rojopardo el color rojo de los cultivos en caldo con sangre, se debe a la transformación de la hemoglobina en metahemoglobina. Espectroscópicamente corresponde esta transformación a la presencia de una banda de absorción en el rojo y dos entre D. E.

Esta formación de metahemoglobina depende del número, clase y edad de los cultivos, temperatura y presencia de oxígeno, etc.

El producto formador de metahemoglobina es, seguramente, libre, como se desprende del diferente ocmportamiento de los cultivos en caldo y de las suspensiones en solución fisiológica de cultivos en medios sólidos y sobre todo la filtrabilidad por bulia porosa.

En la sangre de los animales infectados con pneumococos puede demostrarse una disminución del poder fijador de oxígeno de la hemoglobina debida seguramente a la propiedad formadora de metahemoglobina que tiene el germen.

GRIPE

Estudios experimentales sobre las secreciones naso-faringeas de los griposos.—P. Olitsky y F. Gates. *J. of Exper. Med.* II y III-1921.

Partiendo de la orientación dada por Nicolle, estos autores norteamericanos han intentado transmitir al conejo la gripe valiéndose de la inoculación de secreciones mucosas de individuos con gripe.

Entre 19 individuos las secreciones procedentes de 7, produjeron en el conejo, mediante la inyección intratraqueal, la evolución de un proceso que semejaba, tanto clínica como anatómicamente, a la gripe del hombre, observándose fiebre, faringitis y hasta todos los fenómenos del edema hemorrágico.

Respecto al virus, afirman que existe en tales secreciones y que pasa a través de la bujía B. N. Existe también en la naso-farínge y en los pulmones del conejo, de tal modo, que se puede transmitir la enfermedad de un animal a otro, y no sólo al conejo grande sino al cobayo también.

NECROLOGIA

Apuntamos con tristeza la muerte de dos distinguidos compañeros: el Dr. Leonardo Igaravídez Landrón y el Dr. Santos Defendini Rodríguez.

Pertenece el primero a la generación médica de la última década pasada centuria, habiéndose graduado en la Universidad de Burligton, Vt. en julio 3 de 1891 y recibido honrosos títulos de la Universídad de Cádiz posteriormente en septiembre 28 de 1895. Empezó el ejercicio de su profesión en Puerto Rico por las postrimerías del mes de abril del 1892, habiendo sido elegido en diferentes ocasiones para el desempeño de cargos de responsabilidad, tanto en los departamentos de Beneficencia Municipal como de Sanidad Insular, siendo los de mayor prestigio, los de Comisionado de Beneficenca de varias poblaciones de la isla, y el de Oficial de Sanidad de la ciudad de San Jaun. Era miembro activo de la Asociación Médica Americana y de la de Puerto Rico, ostentando últimamente el cargo de Delegado a la Cámara de la Asociación por el Distrito Sur.

A la edad de cincuenta y cuatro años, con una hoja de servicio ejemplar, le serprendió la muerte el día 21 de febrero.

Este modesto luchador, siempre constante y entusiasta colaborador de los trabajos de la Asociación Médica de Puerto Rico, deja de ser socio activo de la misma, por la única razón que puede aducirse de no pertenecer a la gran agrupación de hombres de ciencia que practican la medicina y cirugía en Puerto Rico, cual es la Muerte.

El Dr. Santos Defendini Rodriguez, graduado de la Universidad de Loyola, Chicago, Illinois, en junio de 1914. Ejerció la medicina en Adjuntas con notable éxito. Siempre fué consecuente miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico y representó a la Asociación Médica del Distrito Sur como Delegado a la Cámara de nuestra Asociación.

Marché para Francia en busca de su salud y le sorprendió la muerte a la edad de 32 años, el día 1 de noviembre del pasado año.

NOTAS DE LAS ASOCIACIONES

La Asociación Médica de Puerto Rico ha nombrado un Comité de campaña sobre el cáncer el cual se propone realizar un intenso trabajo educativo en toda la isla.

* * *

La Asociación Médica del Distrito Norte ha inaugurado las sesiones

científicas del presente año con notable éxito y entusiasmo, habiéndose llevado a efecto dos sesiones muy interesantes y con nutrida concurrencia. En estas conferencias han disertado los doctores Manuel Quevedo Baez, Manuel Soto Rivera y Vicente Hernández Usera.

* * *

La Mayaguez and Wertern Polyclinic llevó a cabo su segundo congreso científico en la ciudad de Mayaguez, presentándose temas de interés profesional de suma importancia. La concurrencia fué numerosa y el acto social consistente en un *lunch* muy exquisito.

Felicitamos a los organizadores de este congreso.

PERSONALES

El Doctor Salvador G. Ros se encuentra restablecido de la dolencia que le obligara a retirarse temporalmente de su trabajo profesional. Nos place dar esta noticia de nuestro distinguido compañero.

* * *

El Doctor José A. López Antongiorgi conocido cirujano residente en New York nos visitó por una corta temporada.

* * *

El Doctor Arturo L. Carrión contrajo matrimonio con la distinguida dama Celia Muñoz.

* * *

La Doctora Palmira Gatell ha partido praa Caracas, Venezuela, en viaje de recreo.

* * *

El doctor Rafael Vélez López ha establecido su consultorio particular en la calle de Allen esquina a la de San Justo.

* * *

El Doctor Pablo S. Morales ha establecido su laboratorio particular en la calle de Salvador Brau No. 72.

* * *

Han ingresado en nuestra Asociación los Doctores Norberto Quiñnes, Pablo S. Morales, Pascual A. Rivera, de San Juan; Francisco de Jesús y Osvaldo Goico, de Ponce; Willis W. Creswell, de Mayaguez; y José Rodríguez Pastor, de Cayey.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

PUBLICADO BIMENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVI | ABRIL 1922 | NUMERO 136

LOS METODOS DE LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO DE LA DIARREA CRONICA DE LOS PAISES CALIDOS (1)

Por el Dr. I. González Martínez

(MIEMBRO DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL E HIGIENE EN PUERTO RICO).

Las investigaciones de Bahr (1) en Ceilán y las de Ashford (2, 3 y 7), González Martínez (4) y Michel (5 y 6) en el Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico han probado hasta la evidencia que *la diarrea crónica de los países cálidos,* diarrea de Cochinchina o *esprú,* como se la denomina más comúnmente en los países de lengua inglesa, *es una micosis del aparato digestivo.*

Cualquiera que sea la discrepancia existente entre P. H. Bahr y Ashford sobre los caracteres biológicos y la clasificación correcta del germen patógeno, es lo cierto que ambos investigadores coinciden en sostener que la *causa viva de la enfermedad es una monilia,* conclusión a que les condujo el hallazgo frecuente de organismos de esa especie no sólo en los productos de escreción del aparato digestivo sino que también en la superficie de las mucosas lingual e intestinal, sobre todo a nivel de las lesiones activas. Pero mientras Bahr lanza la extraña hipótesis de que el germen causal del temible *esprú* es la misma monilia u *oidium albicans* que produce el vulgar *muguet* de las comarcas templadas, asimilando así etiológicamente dos procesos morbosos hasta entonces tenidos por muy diferentes, Ashford, por el contrario, logra definir de una manera clara y precisa las propiedades biológicas del organismo por él descubierto y, fundándose en aquellas que le son más peculiares y constantes, *lo individualiza y separa como una especie nueva, muy distinta del oidium albicans,* que poco tiempo después entra en la clasificación micológica con el nombre de *Parasaccharomyces Ashfordi.* Quizás un estudio comparado de

(1) Comunicación presentada a la Sociedad de Patología exótica de París en Mayo 12 de 1920.

ambos gérmenes, efectuado en las mismas condiciones de lugar y tiempo y aplicando a la monilia de Bahr los métodos escrupulosos y precisos que Ashford empleara para con el suyo, llegue a descubrir entre ellos íntimas relaciones de parentezco y ponga en evidencia nuevos caracteres que permitan a P. H. Bahr separar su monilia de la especie *albicans.*

Mientras tanto la noción de causa específica de la diarrea de los países cálidos, establecida y demostrada experimentalmente por Ashford con respecto al *Parasaccharomyces Ashfordi,* vino a recibir sólido apoyo y brillante confirmación en las investigaciones serológicas de González Martínez (4) y vacunoterápicas de Carl Michel (6), ambos, como Ashford, miembros del Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico, a cuya institución corresponde, por tal concepto, el mérito de haber contribuído eficazmente al esclarecimiento de uno de los problemas más difíciles de la patología tropical.

No cabe duda, en efecto, de que en América es el *Parasaccharomyces Ashfordi* el agente patógeno del esprú. Su especificidad quedará demostrada con las cinco pruebas biológicas de valor incontestable que vamos enseguida a enumerar:

1ª—*Presencia constante del micro-organismo en las mucosas bucal e intestinal, sobre todo a nivel de las lesiones características, de todos aquellos enfermos que ofrezcan el síndrome clásico de la diarrea crónica de los países cálidos.* Este hecho, así como también su frecuencia en las deyecciones, fué demostrado por Ashford desde 1915 y confirmado posteriormente por las investigaciones de Gutiérrez, Michel y nosotros mismos. Raras veces podrá descubrírseles con el examen directo de la raspadura de la lengua o el de las materias fecales, puesto que carece de reacciones tintoriales específicas; pero siempre se le demostrará recurriendo al método de los cultivos.

2a.—*Su aislamiento y cultivo sobre los medios habituales de laboratorio,* en algunos de los cuales ofrece reacciones biológicas peculiares que han servido a Ashford para separar y caracterizar la especie.

3ª—*Reproducción experimental en pequeños monos americanos de un síndrome diarréico, acompañado de anemia y emanación, muy similar al que se observa en los casos corrientes de esprú humano.* Estas experiencias fueron practicadas por Ashford en 1916 (7) haciendo mezclar a la ración alimenticia ordinaria del animal 10 c.c. de un cultivo de *Parasaccharomyces Ashfordi* en caldo glucosado.

4ª—*Presencia de una sensibilisatriz específica (anticuerpo) en el suero sanguíneo de los enfermos,* hecho que fué demostrado con mis experiencias de 1915 (4), cuando apliqué por primera vez la reacción de fija-

ción del complemento de Bordet, empleando un antígeno preparado con emulsión de *Parasacchadomyces Ashfordi,* al diagnóstico del esprú, experiencias que fueron confirmadas dos años más tarde por Michel (5).

5a.—*Exito brillante de la vacunación específica,* empleando un autolizado de Parasaccharomyces, preparado y administrado según el método de Michel (6).

Un tal cúmulo de pruebas microbiológicas, experimentales, serológicas y terapéuticas excede en mucho las condiciones ordinariamente requeridas hoy de cualquier germen microbiano para aceptarlo como causa patógena de determinada dolencia; y pocos son todavía los que, como el *Parasaccharomyces Ashfordi,* pueden ofrecerlas tan netamente definidas.

Si, pues, la diarrea de Cochinchina o *esprú* es una micosis que tiene por hongo causal el *Parasaccharomyces Ashfordi,* claro es que el Laboratorio, además del papel importante que juega en la confirmación del diagnóstico clínico de las formas francas de enfermedad, es, como en todos los procesos microbianos, el único llamado a resolver el diagnóstico dudoso de las formas latentes y de aquellas que por presentarse con un cuadro clínico incompleto o anómalo, se confunden con otras enfermedades del aparato digestivo o sus órganos anexos.

Dos métodos pueden utilizarse con resultado igualmente satisfactorio: (a) *el examen microbiológico* y (b) la *investigación de la sensibilisatriz.*

Ambos conducen el mayor número de veces al diagnóstico y pueden, en consecuencia, emplearse indistintamente; pero nosotros aconsejamos que, al tratar con formas latentes o incipientes, se recurra al empleo simultáneo de los dos procederes, que en tales circunstancias se complementan.

EXAMEN MICROBIOLÓGICO.—Es inútil apelar al examen microscópico directo de las materias fecales o de la raspadura de la lengua, porque el *Parasaccharomyces Ashfordi,* ya lo hemos dicho, no tiene reacciones tintoriales específicas y, por otra parte, los caracteres morfológicos que tan importantes son para el estudio de los cultivos y diferenciación de la especie, carecen de valor diagnóstico cuando se les considera aisladamente.

Habrá de recurrirse, pues, al método de las siembras, que permite aislarlo en cultivo puro.

El material necesario consiste en:

Una docena de placas de Petri,
Una asa grande de platino,
Una espátula,

Una lámpara de alcohol o un mechero de Bunsen.

Docena y media de tubos de agar glucosado de Sabouraud con 4% de glucosa y 2% de acidez,

Varios tubos de gelatina ordinaria,

Una docena de tubos de cada uno de los medios líquidos siguientes:

Leche tornasolada,

Caldo glucosado, maltosado, levulosado y sacarosado con una acidez de 2%, titulada en presencia de la fenolftaleina como indicador,

Una docena de tubos de Smith para las pruebas de fermentación.

El material de siembra lo constituían especímenes de excreta y de la raspadura del dorso de la lengua o de las lesiones ulcerativas de la mucosa bucal.

Cuando se carece de espátula o legra roma para rascar la mucosa, puede sustituírsele con una lámina porta-objetos estéril, uno de cuyos extremos se apoyará fuertemente contra el dorso de la lengua formando un ángulo de cuarenta y cinco grados, mientras se le arrastra de dentro hacia afuera dos o tres veces consecutivas. De los productos obtenidos por este raspado se tomará con el asa de platino una porción que inmediatamente se sembrará en un tubo inclinado de gelosa de Sabouraud. Vuélvase a cargar el asa y repítase la siembra en otro tubo inclinado del mismo medio de cultivo. Rotúlense y pónganse aparte estos tubos, mientras se procede a la siembra de las materias fecales.

Estas deben de ser recogidas en un disco o vaso estéril en el cual se habrá hecho evacuar directamente al enfermo. Con el asa de platino se toma una porción que se extiende en estrías paralelas, equidistantes un centímetro, sobre la superficie de dos placas de Petri, en cada una de las cuales se habrá vertido de antemano el contenido de un tubo de gelosa de Sabouraud.

Durante el invierno tubos y placas deben de colocarse en el incubador a una temperatura óptima de 30° C. Sin embargo, durante los meses de estío y con mayor razón en los países cálidos, este requisito es inútil, porque los cultivos se desarrollan admirablemente a la temperatura del laboratorio

Al cabo de cuarenta y ocho horas las colonias son ya bien visibles, pero no habrán crecido lo bastante para diferenciarlas fácilmente de los otros comensales. Es necesario esperar al cuarto día. Entonces las que parezcan sospechosas deben de examinarse al microscopio, directamente, sin coloración alguna, diluyendo una pequeña partícula en una gota de agua destilada o, mejor todavía, de solución isotónica de cloruro de sodio, y observándola con un objetivo de inmersión homogénea, que permitirá, mucho mejor que los secos, apreciar bien los caracteres morfológicos. To-

das aquellas colonias que contengan elementos similares al *Parasaccharomyces Ashfordi* deberán ser repicadas, cada una en dos o tres placas de gelosa de Sabouraud, según el método ordinario de aislamiento de gérmenes; se les dejará crecer durante otros cuatro días, pasados los cuales se seleccionan las típicas, se les examina de nevo al microscopio y se trasplantan definitivamente a los medios diferenciales que sirven para poner de manifiesto las propiedades biológicas características de la especie, tales son: la gelatina ordinaria, la leche tornasolada y los caldos azucarados con cuatro por ciento de glucosa, maltosa, levulosa y sacarosa y una acidez de dos por ciento a la fenolftaleina (Ashford) (3). La inoculación de estos cuatro últimos medios ha de verificarse en tubos de fermentación de Smith.

Al examen microscópico, el *Parasaccharomycés Ashford* se muestra como una levadura redondeada, grande, brillante, nucleada, escasamente granulosa, de contornos precisos, de 4 a 7 micras de diámetro y provista casi siempre de una vacuola pálida, en cuya interior se mueven con inusitada violencia uno o varios cuerpos baciliformes. Se reproduce por genmación y forma de ordinario micelios compuestos de artículos brillanttes, rectos por lo general, con extremidades redondeadas, ligeramente granulosos, vacuolares, nucleados a veces, de 2 a 5 micras de espesor y de longitudes variables.

Toda levadura cuyo diámetro sea inferior a 3 micras o que presente una forma francamente oval o sea abundantemente granulosa queda, por tales hechos, excluída de la especie Ashfordi.

Las siembras sobre placas de gelosa Sabouraud dan lugar al desarrollo de colonias redondas, hemisféricas, blandas, húmedas, refráctiles, de color blanco cremoso y de olor franco de levadura. En tubos inclinados, el cultivo se extiende a lo largo de la línea de inoculación formando una capa cremosa de color ligeramente verdoso, de aspecto reluciente, blanda, elevada, con bordes precisos y con proyecciones micelianas hacia la profundidad, del medio, bien aparentes ya desde el séptimo día.

En gelatina ordinaria el cultivo es característico y constituye uno de los datos fundamentales para la diferenciación de la especie. Nunca se licúa el medio, como ocurre con el *Endomyces* u *oidium albicans;* y cuando se le siembra por punción con la aguja recta de platino, se ve que, mientras la colonia se desarrolla circularmente en la superficie alrededor del punto donde penetró la aguja, por todo el trayecto de inoculación crecen arborescencias capilares, muy finas, de dimensiones tanto menores cuanto más avanza en profundidad la picadura. Ashford compara este aspecto del cultivo con el que ofrecería *un arbol de pino invertido.*

El Parasaccharomyces Ashfordi *no coagula ni enrojece la leche tor-*

nasolada; pero provoca la fermentación de los caldos glucosado, maltosado. levulosado y sacarosado, exagerando el grado de acidez del medio. *La fermentación de la maltosa es constante y contituye uno de sus caracteres diferenciales.*

INVESTIGACION DE LA SENSIBILISATRIZ.—Es una aplicación práctica de la reacción de desviación del complemento de Bordet-Gengou. Como en este caso el antígeno es específico, la reacción ha de ser, desde luego, también específica y tendrá, por consiguiente, *un valor superior con relación al diagnóstico de la diarrea crónica de los países cálidos, que el que se atribuye a la prueba de Bordet-Wassermann en el diagnóstico de la sífilis.*

En 1915 hice mis primeros ensayos del método, trabajando con un antígeno procedente de tres estirpes de *Parasaccharomyces Ashfordi;* que habían sido incubados por tres días en la estufa a 32º C., diluídos en 10 c.c. de solución isotónica de cloruro de sodio, agitados por dos horas en un agitador mecánico, adicionados de fenol en proporción suficiente para hacer una solución al medio por ciento y calentados, finalmente, a 56º C. durante una hora. En la actualidad procedo de una manera más simple: *empleo como antígeno una emulsión de cultivos de seis días de edad en gelosa de Sabouraud,* y como sistemas hemolíticos el anticarnero y el anti-humano de Noguchi.

Michel utiliza para antígeno su vacuna polivalente y obtiene también buenos resultados.

Tratándose de una reacción absolutamente específica, el mejor proceder será el más sencillo; y por eso nos adherimos a la técnica del suero calentado, que desarrollamos de manera análoga a como se practica la reacción de Bordet-Wassermann.

Su valor diagnóstico es considerable: En 1915 nosotros la encontramos positiva en el 100% de los casos examinados, y en 1917 Michel la observó también positiva en 98.5% de los 68 casos de la serie de Ashford. Pero he de advertir que, tanto nosotros como Michel, comprendimos entonces entre las positivas algunas reacciones que yo actualmente califico de negativas, porque el proceso de hemolísis destruye más de las tres cuartas partes de los glóbulos rojos. Así, Ashford nos refiere que el 12% de sus casos ofreció una reacción +, con hemolisis superior al 75%, que él aceptó como positivas, interpretándolas de acuerdo con el síndrome clínico. Nosotros hemos borrado desde hace algún tiempo este signo incierto (+) de nuestra notación y consideramos solamente positivas las reacciones que ofrezcan un poder anti-hemolítico superior al 25%; de esa manera nos ponemos a cubierto de los errores debidos a reacciones de grupo.

Limitando de tal modo el valor de dicha prueba, he aquí el resultado de nuestra última serie de 81 casos, expresado según las notaciones de Fritz-Lesser y de Jeanselme-Vernes.

Resultados	Fritz Lesser	Jeanselme Vernes	Número de casos	Percentaje
Negativos	—	$\frac{H}{7}$ $\frac{H}{8}$	7	3.65
Débilmente positivos.......	+	$\frac{H}{6}$	11	13.56
Medianamente positivos....	+ +	$\frac{H}{5}$ $\frac{H}{4}$	25	30.86
Fuertemente positivos......	+ + +	$\frac{H}{3}$ $\frac{H}{0}$	38	46.91
Total..............			81	100.00

Nótese que por 7 casos, o sea el 8.65%, negativos hay 74, es decir, el 91.35%, positivos. Los siete casos en quienes la reacción se mostró negativa ofrecían, sin embargo, el cuadro clínico de la diarrea de Cochinchina, coincidiendo con la presencia de *Parasaccharomyces* en la raspadura de la lengua y en las deyecciones, pero, como la infección era, por lo general, de reciente fecha, es muy posible que la sensibilisatriz o no había tenido tiempo de formarse o sólo existía en la sangre en cantidad insuficiente para asegurar una reacción positiva.

Comparado con el de la reacción de Bordet-Wassermann en la sífilis, el valor diagnóstico de la de Bordet-Gengou en el *esprú* es manifiestamente superior; pues mientras que en la sífilis el percentaje de los casos positivos, variable según el período de la enfermedad que se considera, no sobrepasa el límite de 64% cuando se les toma en conjunto, hemos visto que el promedio de nuestra última estadística, que es la menos favorable, hace subir a 91.35% los casos positivos entre enfermos de esprú examinados, sin distinción de períodos.

Por otra parte la reacción de Bordet-Gengou, si bien es cierto que requiere un laboratorio bien equipado y un operador hábil, es desde el punto de vista práctico más útil que la misma investigación del *Parasa-*

charomyces, porque para su realización no demanda más que un lapso de 24 hoias, mientras que el aislamiento e identificación del germen no puede hacerse en menos de doce días.

BIBLIOGRAFIA

(1) P. H. Bahr. Researches on Sprue, Trans. of the society of tropical Medicine and Hygiene, London, April 1914, vol. II, No. 5.

(2) B. K. Ashford. A. Monilia found in certain cases of Sprue, The Journal of the American Med. Ass., March 6, 1915.

(3) B. K. Ashford. The Etiology of Sprue, The American Journal of the Medical Sciences, August 1917, vol. CLIV, No. 2.

(4) I. González Martínez. The Complement deviation reaction applied to the diagnosis of the Moniliasis of the digestive tract. Read at the tuelve annual meeting of the American Society of tropical Medicine, held in San Francisco, June 14, 15, 16, 1915, The American Journal of Tropical Diseases and Preventive Medicine, Janнady 1916, vol. III. No. 7 pp. 930-391.

(5) Carl Michel. A Study of toxine and the Serological reactions in Sprue, The American Journal of Medical Sciences, August, 1917.

(6) Carl Michel. On the use of a Monilia vaccine in the treatment of Sprue, the Journal of Infections Diseases, January, 1918.

(7) B. K. Ashford. Further experimentación in animals with a Monilia commonly found in Sprue. The Amor. Journal of Med. Sciences, April, 1916.

DISCURSO DEL DR. M. QUEVEDO BAEZ PRONUNCIADO EN LA ASAMBLEA MEDICA, 11 DE CIDIEMBRE DE 1921

SEÑORES:

Cualquiera cumbre es gloriosa y yo considero que es más que gloriosa, ésta de la intelectualidad médica portorriqueña, desde la cual podemos asomarnos a contemplar la evolución seguida en nuestra Isla por la ciencia médica.

Siempre y, en todo tiempo, fué atrayente el espectáculo de la medicina con su carácter eminentemente humano, desde cualquier punto de

vista que se le contemple, porque no todas las ramas de conocimientos pueden, como ella, brindar el estímulo de la curiosidad que brinda a los hombres de estudio.

Quizás ninguna como la de la medicina, más compleja, y en relación múltiple mayor, a medida que los tiempos avanzan, porque ya no es ayer, cuando la medicina, en un aislamiento de concentración, sin más ambiente de vida que la limitada de los Hospitales, podía simbolizarla una santa hermana de la caridad, derramando su caudal piadoso de dulzura cristiana, junto al lecho del enfermo.

Hoy no es ayer. Ahora, en la medicina contemporánea hay más que el consuelo de la piedad religiosa; hay algo, que trasciende más allá; que toma orientaciones distintas en el medio social; que penetra en la entraña propia de la sociedad, para poner al alcance de sus influencias el servicio de los hondos y trascendentales problemas por resolver.

Ella quiere poner muy en alto, sus blasones; quiere erigirse un cetro de base firme y sólida, desde el cual haciéndose poderosa, pueda regir y encauzar debidamente, el destino de sociedades y de pueblos para llevarlo a la meta final de sus aspiraciones.

Y, en esa dirección, en esos caminos, aun no muy desentrañados, anda la medicina de nuestros días, buscando su mejor apoyo, en la Higiene pública, en sus aplicaciones prácticas o sea la Sanidad, a la que deberá encomendarse, en lo futuro, la gran mayoría de los problemas básicos sociales.

No es ya sólo, curar lo que se persigue; más que eso, a las veces incierto e inseguro, aunque siempre piadoso; se persigue el prevenir y evitar las enfermedades y el dotar a los pueblos, de individuos sanos y robustos, pletóricos de energías, que puedan expandirlas a la comunidad para su beneficio y así hacerla feliz.

¡Dichosos nosotros, si ahora, que vamos a dar comienzo a las tareas de esta sesión académica, podemos servir estos fines, de la manera más acertada y eficaz!

Permitidme, queridos colegas, que os declare la viva emoción que experimento, al pensar que la fortuna o el destino, nos han elegido para funciones tan altas de nuestra ciencia, en los días que corren, cuando son tan vertiginosos y potentes el movimiento de la ideas y el sacudimiento de todo principio encaminado a erigirse en verdad científica.

Nunca habrá motivo de orgullo y satisfacción mayores para cada uno de nosotros individualmente, y para la Asociación Médica en colectividad, como el que nos han de proporcionar estas horas que nos aguardan consagradas a amenos aunque árduos y difíciles problemas.

También nosotros, obreros de la inteligencia, rendimos nuestras

fuerzas al trabajo, ya que él es ley universal y que, en la vida de la Naturaleza como en la de hombres y pueblos, hay una hora suprema; la hora del trabajo.

Es el trabajo la expresión más hermosa de la vida, no sólo porque ella exhibe el lujo de sus energías creadoras y de sus aptitudes, sinó porque realiza el fin de utilidad, siempre bueno y siempre bello, que deben tener todas las creaciones humanas.

El trabajo es aun algo más; es fuente de salud y dignificación de la misma vida.

Trabajar es secundar el mandato supremo de ganar, sudando, el pan y es secundar, también, la obra permanente de la Naturaleza, donde todo es obra de un concierto de energías puestas en contínua acción.

Esta noche es de trabajo para nosotros, pero nuestro trabajo es de síntesis: es el acopio de cuanta labor fina de análisis hicimos, en medio de las actividades y del fervor de la lucha profesional diaria.

Es trabajo de exposición, donde la mente médica someterá al frío y severo escalpelo de la discusión, cuantos asuntos lo merezcan por su novedad, por la original manera de presentarse, el curso que siguieron la suerte o el éxito que les acompañó, las delicadezas de técnica médica o quirúrgica utilizadas, etc. para establecer, después normas de aplicación o de conducta y así, poder fundamentar hechos y rrincipios.

Este trabajo reslta la mejor escuela de enseñanza y del que mejor provecho o utilidad médicos pueden derivarse.

Esa es la labor de esta Asamblea; esa la honda y juiciosa, que hace en sus convocatorias anuales nuestra Asociación Médica.

A esta hora del tiempo, 18 años, nos permiten formular un juicio acerca de las actuaciones de la Asociación Médica.

No será ello tarea fácil, que difícil fué siempre, juzgar el proceso del pensamiento en las colectividades, a travéz del tiempo y del espacio. Difícil, sí, conjeturar del tiempo que pasó, retrotraerlo al presente y enfrentarlo al porvenir.

Difícil, muy difícil, penetrar en la vasta entraña del tiempo para interrogarle sus secretos.

Desde 1903, año en que se fundó la Asociación Médica a 1921, han transcurrido, diez y ocho años.

Mirar ahora, hacia atrás, no cuesta gran esfuerzo. La mente, cuando hácia allá se dirige, siente cierto desdén, porque la vana presunción del presente nos llena de orgullo. Nos hace creer, que estamos hartamnnte satisfechos con cuantas conquistas disfrutamos.

Nadie piensa, que lo que el presente nos muestra, no es su obra, y que todo él, no es sino un proceso muy largo, muy hondo de mucho es-

fuerzo, donde hay condensados intensos dolores, muchas angustias, muchos sacrificios, a beneficio de los cuales se elaboraron todos los éxitos de última hora.

Mirar hacia delante, es algo más difícil.

Casi siempre lá mente rehusa la tarea de penetrar en los hondos misterios del tiempo, que nos precede, que galopa airoso, delante de nosotros.

Queremos asomarnos, con lentes de visión muy grande y la mente se siente fatigada y el espíritu apático para sondear el tiempo por venir.

Mas que los desdenes, que inspira el pasado, el porvenir inspira, siempre dudas, vacilaciones y temores.

Son pocos los caracteres, dados a la aventura de confiar en los éxitos, en aquello que no se sabe cuando llegará.

Se vacila y se teme; el afán de llegar pronto y rápido, cierra todos los horizontes. Se ven éstos obscuros.

¡Allá, más allá!: ¡qué lejanías, qué incertidumbres!

Sin embargo, allá, allá lejos, estará siempre, toda la obra que nuestras mentes acaricien, que nuestras manos agiten, que nuestros carazones anhelan, y lo de más allá, lo de ahora y lo que quedó atrás, en el tiempo que pasó, es todo uno, porque, en esa matriz se gesta y elabora, toda la obra del progreso humano: pasado, presente y porvenir.

No obstante haber transcurrido esos diez y ocho años, aun nos parece, que estamos maquinando con la mente en esta obra; que zurcimos sus primeras líneas y su configuración, que trazamos los imaginarios planos, que formulamos los primeros rudimentarios proyectos.

Aun sentimos, con el calor de diez y ocho años atrás, el grto y alentador estímulo del que piensa en una obra de bien y de utilidad social.

Parecen vivos, todavía, en nuestro espíritu, aquellos nobles y elevadas inspiraciones, que nos invitaban a seguir adelante, sin desmayos y sin vacilaciones.

Lo mismo que esas gratas sensaciones palpitantes, aun están abiertas las primeras heridas del combate: las decepciones, los desvíos, las inconsultas reticencias de los que de pié, inmóviles y de brazos cruzados, sentían la onda del movimiento empujándolos y de la que pretendían aislarse indiferentes.

¡Oh, es vano e inútil resistir a la onda de avance que viene, cuando la que va, se ha alejado de nosotros!

Aun está todo eso palpitante y vivo. Pero la obra se hizo al fin y la obra es ésta que se mueve; que piensa y siente y que nos da tan gallardas muestras de vida.

Esta misma es, vigorosa y firme, con un núcleo poderoso de voluntad

y de virtud tan fuertes, que podemos tranquilos, confiar en que están asegurados la vida y el porvenir de la Asociación Médica.

En su historia, la más fecunda y brillante de Asociación similar, en Puerto Rico, podemos señalar dos hechos verdaderamente trascendentales.

Uno de ellos, proceso que podríamos llamar biológico, porque entraña una transfusión con la savia de escuelas y de principios diferentes en el organismo médico portorriqueño.

La ciencia médica regional, sufrió con la invasión del pueblo americano, el choque natural que ocurre siempre, lo mismo en los dominios de la física, que en los de las colectividades, cuando dos fuerzas de acción e intensidad, distintas se encuentran.

Pusiéronse en contacto, dos culturas médicas: la europea, tradicional, con sus recios abolengos históricos y la nueva americana, recien salida de prestigiosas aulas Universitarias.

Dos corrientes, como savia de los troncos circulantes, hubieron de establecerse.

Privaba en una, sutil y delicado el espíritu de observación, vigorizado con el más escrupuloso análisis; que auscultaba y leía, interrogando en los planos hondos del organismo enfermo, sin más lente de observación ni de más alcance, que el que, escuetos los sentidos podían poner a contribución en la difícil y pocas veces certera fórmula de un diagnóstico

Dominaban, en la otra, las fórmulas sintélicas de observación, deducidas de amplios y seguros métodos de investigación en las platinas de los microscopios y en los hallazgos del laboratorio.

La fortalecía en sus medios de investigación, la realidad palpitante del fenómeno a observar. Ciencia pura de observación que se cimentaba en el hecho y que no se amparaba exclusivamente, de teorías ni de bien supuestas hipótesis para llegar a la verdad diagnóstica.

Esta escuela representaba la corriente nueva y con todas sus bellas sorpresas, con las nuevas orientaciones que determinaba, los nuevos rumbos a recorrer, tocaba a las puertas de la medicina histórica, tradicional.

A este hecho, se enlaza otro, de verdadera trascendencia médica y social.

El descubrimiento de la *Uncinaria* en Puerto Rico, tiene caracteres de verdadero acontecimiento médico.

No es que se revele una entidad nosológica nueva ni que, con élla hayamos agregado una rama más al árbol de nuestra Patología tropical. Bajo ese aspecto, habría sido un hecho aislado, pero sin trascendencia mayor. Es que rebasa el carácter puramente médico y entra en los dominios de lo social.

La *Uncinariasis*, dada su gran extensión o propagación, las actividades que restaba del concierto en que las fuerzas sociales se desenvuelvan; el alcance de su influencia, no ya sólo en la salud del campesino, sinó en la idiosincracia, en las aptitudes para el trabajo, en las que son francas características de los pueblos, en sus energías, en una palabra, en su manera de ser, en su psicología, en todas estas influencias, la *Uncinariasis planteaba,* frente a la clase médica, a los hombres pensadores del país, al gobierno y nuestras Cámaras Legislativas, un problema social de alcances extraordinarias.

De la solución de ese problema médico-social, habría de depender que se corriese el velo de enfermedad que nublaba los ojos del campesino portorriqueño; que perturbaba su mente; que aniquilaba sus fuerzas; empobrecía su sangre, debilitaba sus músculos, menguaba su carácter y lo hacía apático e indiferente, no sólo para el trabajo sino para mirar y acariciar, con ojos de ensueño, las perspectivas de perfección y de progreso que estimulan la mente y el corazón de todos los pueblos.

Enfermo así, Puerto Rico, en su masa trabajadora, en la que debía y podía producir, no ya abriendo surcos y moviendo las fuerzas todas creadoras de nuetras fuentes de riqueza, sinó multiplicando las energías generadoras de nuestra población; Puerto Rico así, inhabilitado para tan importantes y necesarias manifestaciones de la vida, así enfermo, con un tóxico en su organismo, habría sido, en la sucesión del tiempo, un pueblo estacionario, incapacitado para encauzar en las modernas vías del progreso.

Es un hecho, que esta conquista, este hallazgo de la medicina portorriqueña, en el cual puso su fina y exrutadora lente de observación un fraterno, eminente colega norteamericano, que con nosotros convive, de todos conocido, cuya modestia ejemplar no quiero ajar, en estos momentos y a la solución de cuyo problema hubieron de colaborar prominentes hombres de estudio compatriotas nuestros, de todos, también conocidos; es sin disputa, el acontecimiento más trascendental de cuantos haya podido registrar la historia de la medicina regional.

Merced a este suceso, pusiéronse en pié vigorosos y fuertes, campesinos débiles y ruinosos, que vegetaban sin salud, sin energías, sin voluntad, y sin aspiraciones a los encantos y grandezas del vivir.

Y, mientras, el esfuerzo mental y el amor a la ciencia por parte de esos hombres de estudio, borraban, de un confín a otro de la isla, el turbión, que empañaba nuestra vida de pueblo; allá, más tarde, en el andar de los años, voces de historia, llamaban, para entrenarlos en los gloriosos oficios militares, a aquellos mismos campesinos que, manos providenciales de la ciencia habían saneado de cuerpo y y mente, para aprestarlos en lid

honrosísima de combatientes, cuando el honor de ciudadanos, amantes de los sagrados fueros de la libertad, los llamaran a combatir, a pelear y a morir por la paz y la felicidad de todos los pueblos.

Y fué así, que sirviendo a necesidades de la salud de un pueblo, se servía a distancia, pero por inspiraciones tal vez de la Providencia de la historia, a los destinos de la humanidad.

¡Ah, si el problema de la *Uncinariasis* no se hubiese desentrañao y, por medio de su solución, benefactora, no se hubiera puesto a una gran masa de nuestra población, al núcleo más denso de nuestra juventud, en condiciones de sortear, eso sagrado, que los pueblos como los indiviuos, en uno de sus momentos más solemnes tienen que sortear: su dignidad o su honor; ¡ah, si la reacción del bien y del remedio no se hubieran aplicado salvadoras y heróicas! en qué bajo nivel de capacidad y de eficiencia social habría estado nuestro país!

Los laureles que ese hecho ha derivado, deben ornar la frente de los hombres de ciencia que los conquistaron; esos trofeos de la victoria deben ser dignos de honor para nuestra Asociación Médica en cuyo seno augusto se incubaron las ideas gestoras de tan grande acontecimiento.

Este feliz suceso llenará de gloria el capítulo más brillante y hermoso de nuestra historia médica.

Y, ésto, que es todo y es lo más grande, no es lo único, porque, en labor callada y silenciosa, esta Asociación tiene registrados múltiples y muy complejos problemas, de cuya solución han derivado beneficios muy grandes.

Debe ella apuntar en su haber, el auge y el progreso de la clínica, tanto médico como quirúrgico.

Problema de la más alta importancia han sido debatidos y esclarecidos en las periódicas Asamleas que, en puntos distintos de nuestra Isla se han celebrado.

En más de una ocasión, la autoridad científica de nuestra Asociación señaló rumbos y trazó orientaciones, cuando la salud pública se vió injuriada o comprometida.

Y así es, por estos conceptos, la Asociación Médica, una fuerza de ponderación de la competencia y méritos científicos de nuestra clase y fuerza de protección y defensa para los intereses colectivos, al par que baluarte de respeto y de prestigio para todos sus asociados.

Y, si así es el templo de la Medicina portorriqueña, de la Medicina general, que no tiene escudo ni bandera, ni tierra, ni patria; así, debe ser, también, el hogar del médico: un hogar donde cada profesional asociado, en encienda la lumbre de su inteligencia y ponga a contribución el amor más sincero que reboce en su corazón para santificar así, nuestra

misión médica y estrechar mejor los vínculos de compañerismo que deben unirnos.

Ahora, señores, ya es tarde; la misión que me señalara la Asociación Médica del Distrito Norte, no está cumplida.

Me encomendaron el grato encargo de saludaros, dandoos la más expresiva bienvenida.

No hay una, de los que aquí se sientan, en torno a nosotros, que no experimente el santo júbilo y la santa alegría que se experimenta cuando estamos frente a un hermano, venido de largas distancias a quién no veíamos, desde hacía ya algún tiempo; a un hermano en ideas, peregrino de los que, como nosotros, vamos por los caminos de la vida, poniendo un óleo de amor y de consuelo en cada corazón que sufre.

Todos sentimos la atracción misteriosa de una intimidad honda, de algo que nos identifica en la lucha, que nos fortalece para no floquear ni desfallecer frente a las duras pruebas de nuestra prefesión.

Templo y hogar tienen los sacerdotes de la ciencia, que aquí vienen a oficiar esta noche.

El templo está abierto. Las puertas os han dejado franco este recinto.

Y el hogar de la Asociación Médica os acoje cariñoso en su seno.

Y, puesto que venis a prestigiarlo, traed al seno de él, lo que entra a la hora meridiana en todos los templos y en todos los hogares: la luz espléndida que despeja todas las sombras; luz para iluminar la fé de todas las conciencias y el pan que nutre; pan espiritual, pan de ideas, pan de inteligencia, pan de amor y de caridad.

Y, pues que comienza la hora suprema del trabajo, cerebros, a laborar. ¡Que los yunques suenen bajo el golpe de acero de las ideas! ¡Que la tarea comience ¡a trabajar! ¡A trabajar!

He dicho.

NOCIONES SOBRE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y SU IMPORTANCIA EN LA PATOLOGIA TROPICAL (1)

Dr. Luis García de Quevedo, Caguas.

La fisiología, ayudada eficazmente por la cirugía y el laboratorio, ha dado en estos últimos años un salto notable de avance en el esclarecimiento de ese gran misterio, al parecer inescrutable, que llamamos Vida.

Con los últimos experimentos de Harrison y de Carrell que han

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 17 y 18, 1921.

llegado a lograr el crecimiento y el funcionamiento *extra vita* de tejidos y órganos en fluídos no vitales y con los importantísimos estudios de Falta, Cushing, Goetsch, Kendall, Dock, Cannon, Sajous, Vincent, Kocher, Crile y miles otros observadores sobre las glándulas de secreciones internas nuestras ideas sobre la materia viviente han cambiado mucho y la química fisiológica ha tenido que volver al análisis de los primeros principios para armonizarlos con los descubrimientos modernos y al parecer nos hemos colocado en el verdadero camino a seguir para el estudio y mejor comprensión de los fenómenos biológicos.

El interés del mundo científico se encentra hoy en el estudio de las llamadas glándulas de secreciones internas que han venido en gran manera a explicarnos el *modus operandi* de ese maravilloso laboratorio llamado organismo humano abriendo nuevos campos a nuestras investigaciones ficiológicas y nuevos horizontes a nuestra concepción de la vida que hacen extremecer hasta sus fundamentos nuestros más cimentados principios religiosos y que nos dejan percibir allá... en lontananza, el bello alborear de los sueños de cuatrocientos años ha, la quimera convertida en realidad, la conquista definitiva de la fuente de la eterna juventud, no por la fuerza brutal de las armas sino por la fuerza irresistible del pensamiento, la voluntad firme y el trabajo árduo y tenaz de muchos sabios en el augusto recinto del Laboratorio.

Perdonad amigos míos si por un momento abandono mi tema para entrar en el sublime campo del idealismo. Perdonadme si en estos momentos de expansión espiritual y de luz en que nos encontramos aquí reunidos amigablemente para sintetizar en nuestros temas los progresos de la Ciencia Médica del cual soy un enamorado, momentos gratos que son a mi algo así como un oasis de frescor y de verdura después de un año de peregrinación y de duro batallar por las estériles arenas de nuestra labor profesional, doy rienda suelta a la fe y al entusiasmo de que estoy poseído por los progresos alcanzados en nuestra noble ciencia y lleno de admiración deje vagar mi alma enamorada por las altas regiones del ensueño y adelantándome algunos años a la época actual de investigación y de estudio entone el hosanna bendito de nuestro triunfo.

Como dijimos anteriormente el interés del mundo médico se concentra hoy en el estudio de las glándulas endocrinas y nuestros sabios investigan sus secreciones.

Estas glándulas fueron llamadas endocrinas o de secreciones internas por Claudio Bernard porque careciendo de ducto excretor definido sus productos van directamente a la sangre o à la linfa y para diferenciarlas de aquellas otras glándulas que como el hígado o el páncreas poseen ductos determinados que conducen al exterior sus secreciones. La ex-

periencia nos ha enseñado, sin embargo, que aún estas últimas glándulas mencionadas poseen también secreciones internas.

Las secreciones de estas glándulas poseen ciertas substancias llamadas "hormonas" que tienen la propiedad de estimular o inhibir las funciones de ciertos órganos y este estímulo o ésta inhibición se obtiene, directamente actuando la hormona sobre el órgano mismo o indirectamente por excitación de las fibrillas nerviosas que lo inervan. Cada glándula posee una o varias hormonas, muchas veces de efectos opuestos, que tienen que guardar cierto equilibrio entre sí y cierta armonía con las secreciones de las otras glánulas y órganos del sistema para que resulte el equilibrio fisiológico del individuo.

Dice Blandler que si nosotros pudiéramos medir y entender lo que éstas glándulas hacen por un determinado individuo hasta la edad de la pubertad podríamos apreciar el por qué ese individuo se desarrolló en la forma que lo hizo y si pudiéramos explicarnos la influencia de esas glándulas sobre el individuo desde que se ha hecho puber hasta su muerte podríamos saber el por qué ese individio fué lo que llegó a ser y el cómo se produjeron esos cambios y si eventualmente llegáramos a medir y a apreciar la responsabilidad que la herencia y los factores accidentales secundarios como el medio ambiente, la educación, etc., tienen sobre los cambios que ocurren en estas glándulas la Medicina habría hecho un trabajo glorioso. Si algún día llegáramos nosotros a determinar las fuerzas potenciales qoe encierran los cromosomas que van a formar el nuevo ser, fuerzas que encarnan todos los principios de la vida y de la herencia, descorreríamos un gran velo sobre los misterios biológicos.

Estamos sin embargo, en la fase experimental y de investigación sobre estos estudios y tendremos que llegar a un perfecto conocimiento de la naturaleza de esas hormonas, de sus relaciones entre sí en la glándula madre y con las otras glándulas y los órganos del individuo para que sus aplicaciones terapéuticas sean exactas.

Las glándulas endocrinas más importantes de nuestro organismo son la tiroídes, las paratiroídes, pituitarias, suprarrenales, ovarios, testículos, mamarias, la placenta, el timo y la pineal, pero solamente las seis primeramente mencionadas podemos decir que poseen valor terapéutico positivo y será de ellas que nos ocuparemos.

La tiroídes tiene especial importancia porque es la glándula de la energía; acelera y activa todos los órganos y todas las funciones de la economía. Toma acción principalísima en el metabolismo normal de las substancias nitrogenadas y carbohidratadas y se entiende con la distribución adecuada de las grasas. Impide la intoxicación del sistema por las autotoximas que se desarrollan a causa de metabolismos defectuosos

e impide el envenenamiento de la sangre por las toximas desarrolladas en el curso de las infecciones agudas o crónicas. Comienza su actividad con la vida del niño, aumenta su valor en la adolescencia y la edad viril y gradualmente se va atrofiando en la vejez. Sus secreciones son necesarias para el desarrollo normal, físico y mental del niño; para el desarrollo apropiado de su sistema óseo, los dientes, el pelo y las uñas. Toma parte en el desarrollo de los órganos genitales y es un factor importantísimo en las funciones menstruales y de la maternidad en la mujer. Su actividad es mayor en la mujer que en el hombre y vemos también que en la preñez se agranda y sus funciones se activan como en un esfuerzo para destoxicar el organisms y proveer al propio desenvolvimiento y desarrollo de la criatura.

Es un tónico del cerebro y del corazón y cuando arroja a la sangre un exceso de sus secreciones se produce taquicardia y se presentan desequilibrios mentales. Ayuda al sistema cromafínico en sus funciones vaso constrictoras.

Kendall ha logrado aislar de ella una substancia que denomina tiroxina que se emplea con excelentes resultados en los casos de hipofunción de esta glándula.

Una ojeada general a las funciones que esta glándula desempeña en la economía humana nos convencerá de los cambios profundos que su ausencia o su mal funcionamiento pueden ocasionar al organismo, cambios que cuando llegan a ciertos grados toman en la patología los nombres de caquexia estrumipriva, cretinismo, mixedema, mal de Graves o Basedow, etc., y de los cuales no trataremos en obsequio a la brevedad y por ser muy conocidos por todos vosotros.

Las paratiroídes son unas glándulas muy pequeñas colocadas a ambos lados del cuello, detrás del tiroídes.

Hace tiempo que se habían notado ciertos estados morbo os caracterizados por disturbios tróficos y vasomotores, por fenómenos sensoriales objetivos y subjetivos y por contracciones tónicas de los músculos voluntarios especialmente los de las extremidades superiores a los cuales Corvisart en el año 1852 denominó "tetania" y más tarde (1880) se observó en la clínica de Billroth en Viena que cuando en los casos de bocio se extirpaba todo el tiroídes aparecía la tetania. Posteriormente se descubrió que las paratiroídes eran estructuras anatómicas independientes del tiroídes y los estudios fisiológicos de Vassale y Generali en el 1896 sobre la misma glándula probaron conclusivamente que la tetania consiguiente a la tiroidectomia no era causada por la ausencia del tiroídes sino por la extracción accidental de las paratiroídes y últimamente los estudios de Pineles (1906) nos indican que en las tetanias no producidas por tiroí-

dectomia existe probablemente una insuficiencia funcional de las paratiroídes.

Según Paton de Glasgow los fenómenos que se observan después de la ablación de las paratiroídes son producidos por la intoxicación del sistema con la guanidina que es una base tóxica formada en la descomposición de la guanina que es a su vez uno de los productos de la descomposición de la nucleina y deduce como consecuencia que una de las funciones de estas pequeñas glándulas es evitar la formacóin en exceso de este irritante muscular en el sistema.

Estas glándulas están íntimamente ligadas con el metabolismo de las sales minerales y controlan la absorción y excreción del calcio. Para Wilson y McCann la ablación de ellas trae consigo un estado de alcalósis del organismo por la falta de relación entre los ácidos y las bases y explican la tetania como una alcalosis del sistema.

Se supone finalmente que estas glándulas son las encargadas de mantener el equilibrio de las funciones neuromusculares y se atribuye a su hiposecreción la causa de la parálisis agitante y la miastemia grave pseudoparalítica a su hiperfunción.

El cuerpo pituitario, llamado también hipófisis cerebral, es una glándula situada en la silla turca de esfenoídes y se compone de dos partes que tienen funciones distintas. La parte o lóbulo anterior que es la glándula propia porque es la mayor y se compone de tejido glandular se relaciona con el crecimiento, sobre todo de la parte ósea, y si en la niñez dejare de funcionar tendríamos un enano y si funcionara en exceso tendríamos un gigante; después del crecimiento, es decir, después que las funciones osteogenéticas han cesado por osificación de los centros, un funcionamiento excesivo de esta parte resulta en acromegalia. Es ella también la que estimula las funciones de los gonados que se entienden en el desarrollo de las características sexuales secundarias.

La parte o lóbulo porterior compuesta de células neuróglicas y filamentos posee una substancia que tiene la propiedad de estimular los músculos involuntarios especialmente los del útero cuando está distendido y las fibras lisas del intestino aumentando la peristalsis. Una de sus principales funciones es el metabolismo de los azúcares y en este sentido guarda estrechas relaciones con el páncreas. Su substancia es también un galactogogo; aumenta la presión arterial y actúa como diurético.

Cushing nos ha hecho observar que la parte intermedia de la glándula (que es una depresión existente entre los dos lóbulos) y el lóbulo posterior envían sus secreciones al ventrículo tercero donde se mezcla con el fluído cerebro-espinal; las secreciones del lóbulo anterior van a la sangre. Del lóbulo anterior se ha logrado extraer una substancia llamada

"tethain" que se supone sea la controladora del crecimiento y en el posterior se ha encontrado la histamina que es la estimuladora de las fibras lisas musculares.

Las glándulas suprarrenales, como su nombre indica, están situadas sobre los riñones. Se componen de substancias medular y de corteza que embriológicamente son partes distintas como distintas son también sus funciones. La corteza guarda relaciones embriológicas con el sistema genital o intrarrenal y sus funciones se encuentran íntimamente relacionadas con el desarrollo de los órganos sexuales.

La parte medular de la glándula está relacionada embriológicamente con el sistema nervioso simpático y junto con las glándulas supernumerarias que se encuentran a lo largo del cordón espermático y del ligamento redondo forman parte del llamado sistema cromafínico cuya principal función es la producción de epinefrina que actuando sobre el gran simpático ayuda a mantener la presión sanguínea y la tonicidad general.

Se ha logrado aislar de la corteza una substancia, diferente de la epinefrina, que es también vaso constrictora a la que se le atribuye la propiedad de mantener la tonicidad general normal quedando la epinefrina para los casos de necesidad o de emergencia.

La hipersecreción de la porción medular produce glucosuria e hiperglicemia.

La enfermedad de Addison es causada por cambios patológicos en esta glándula.

Para terminar esta ligera reseña de las glándulas endocrinas nos ocuparemos aunque sea someramente de los gonados, pero como las funciones genéticas de estas glándulas son harto conocidas por todos nos concretaremos a tratar de su parte endocrina solamente, esto es, de sus hormonas.

La hormona principal del testículo se forma en las llamadas células intersticiales de Leydig y da las características secundarias masculinas al hombre como las células epiteliales intersticiales del ovario dan la hormona que produce los cambios característicos secundarios femeninos en la mujer. Tanto en el hombre como en la mujer estas hormonas son indispensables, no solamente para su desarrollo físico sino también para el mental y para el desarrollo normal de los instintos sexuales. Si al niño se le priva de sus gonados tendremos un eunuco, un afeminado. La niña privada de sus ovarios presenta algo del tipo masculino. En ambos casos la mente se desarrolla torpemente y los deseos sexuales no aparecen. El crecimiento de la mujer cesa ordinariamente con la aparición de la menstruación y se ha podido notar que mientras más temprano aparezca en ella la menstruación más cortas serán sus piernas y vice-versa.

En el hombre adulto la atrofia testicular produce falta de vigor físico, agotamiento nervioso. degeneración o falta de lucidez intelectual, ausencia de deseos sexuales y de orgasmo y aumento de las grasas. En la mujer la pérdida de sus ovarios produce desaparición de la menstruación, frigidez y desequilibrios nerviosos.

Es admirable el equilibrio fisiológico que guardan entre sí estas glándulas y en sus relaciones con los otros órganos para que el ser viviente pueda crecer, desarrollarse y presentar todas las características de su sexo. Aunque los niños, por ejemplo, poseen sus órganos sexuales característicos y la niña instintivamente busca la muñeca y el niño el fusil lo que nos indica que hay algo latente en ellos que los está preparando para sus diferentes destinos en el mundo podemos decir que son asexuales hasta cierta época de su vida y cuando llega el momento oportuno, impulsos hormónicos probablemente emanados del tiroídes, la pituitoria y las suprarrenales van a despertar las dormidas actividades del ovario y viene la menstruación, se agrandan los pechos, el capullo se entreabre a las caricias de la brisa, la niña se convierte en mujer y aparece el feminismo en todo su esplendor y lozanía y a impulsos hormónicos sigue la mujer preparándose para su más alta función en la vida. En el niño los impulsos hormónicos van a despertar la capacidad funcional del testículo y se ensancha su laringe, cambia su voz, aparece el bozo y la barba y vienen otros cambios a transformarlo en hombre adulto. Lo propio que ocurre en el orden sexual y las mismas transformaciones que gradualmente se suceden en estos órganos al mágico impulso de la hormona ocurre en los demás órganos y funciones humanas desde que el germen vital empieza a vibrar en el claustro maternal hasta que llegamos al insondable abismo del no ser.

Son tales las relaciones y las simpatías mútuas que existe entre estas glándulas que podemos decir que los desórdenes funcionales o patológicos de unas traen consigo disfunción de las otras y para llegar a un diagnóstico correcto de la glándula enferma tenemos que entrar en el análisis minucioso de los signos hormónicos del caso encontrándonos algunas veces con el llamado "síndrome pluriglandular", es, decir, manifestaciones patológicas de varias glándulas en el mismo individuo. Sabemos, por ejemplo, que las deficiencias del tiroídes, del ovario y de la pituitaria pueden producir la amenorrea y si nos enfrentamos con un caso de esta naturaleza tenemos que analizar cuidadosamente el conjunto de signos hormónicos que el enfermo presenta para llegar a la conclusión de cual es la glándula culpable del desorden. Estos signos pueden ser generales, como la estatura, el peso, el metabolismo basal, el pulso, la tolerancia por los azúcares, etc., o locales como la forma de la cara, el tamaño de

los piés y de las manos, la forma y distribución de los dientes, distribución del pelo, textura y color de la piel, etc. La determinación del metabolismo es muy importante en el diagnóstico de los desórdenes del tiroídes.

No es frecuente en Puerto Rico ver esos casos extremos de deficiencia glandular que dan lugar a las entidades patológicas ya bien determinadas y perfectamente conocidas que tienen su sitio determinado en los tratados de Medicina, como las enfermedades de Graves, Basedow, Addison, la acromegalia, etc., pero si son sobrado frecuentes los casos de disfunciones de estas glándulas que sin llegar a determinarse en una u otra enfermedad producen trastornos en la economía que vienen a obscurecer el ya completo problema de la patología tropical y es por consiguiente muy importante y necesario para nosotros el estudio de estas secreciones internas.

El gigantismo es desconocido entre nosotros pero en cambio vemos que el nanismo esencial es muy corriente. De los diez y siete mil hombres examinados en el campamento "Las Casas" cuando el conflicto mundial pocos eran los reclutas que pasaban de cinco pies y diez pulgadas y numerosos los que no dieron la talla mínima del ejército americano que es cinco piés y cuatro pulgadas. Esto indica, señores, deficiencia glandular, aparte de la tara que la herencia pueda tener en ello.

También se nos presenta con harta frecuencia en nuestra población masculina la neurastenia sexual y si es cierto que los excesos venéreos pueden producirla no es menos cierto que se produce por deficiencia glandular.

Al que se haya dedicado a la ginecología en nuestra isla la frecuencia de los casos de amenorrea, dismenorrea, menorragia y metrorragia no habrán dejado de llamarle la atención y también le habrán sorprendido lo corriente que son en nuestra práctica profesional esas exploraciones nerviosas que el vulgo distingue con el nombre de "Mal de pelea" y "ataque de nervios" y que nosotros a falta de mejor diagnóstico llamamos ataques histéricos o histero-epilépticos. Estos estados son, a mi entender, manifestaciones de trastornos funcionales de las glándulas endocrinas, quizás del tiroídes, las paratiroídes o el ovario.

Finalmente discute hoy el mundo científico las probabilidades de que esas enfermedades llamadas de la nutrición, tan frecuentes en los trópicos, como el beri-beri, la pelagra y otras sean de origen endocrino por las íntimas relaciones que existen entre estas glándulas y el estómago, el hígado, el páncreas, los intestinos y en fin con todos los órganos de la nutrición.

Para terminar debemos decir que aunque mucho se ha escrito y mu-

cho se ha experimentado sobre las glándulas endocrinas mucho más queda aún reservado para las investigaciones futuras y el porvenir nos guarda grandes sorpresas.

Pasamos rápidamente del empirismo a la razón y aquel formidable ejército de drogas, orgullo de nuestros abuelos y producto de sus nobles esfuerzos por el adelantamiento de la terapéutica va desapareciendo rápidamente para dar lugar a nuevas drogas y nuevos métodos terapéuticos más en consonancia con las teorías y los conocimientos modernos. La sueroterapia y la opoterapia van ganando terreno a pasos agigantados y sin caer en optimismos peligrosos podemos decir que muy pronto sustituirán a las drogas de la vieja escuela, de las cuales subsistirán solamente aquellas llamadas específicas para ciertas enfermedades que la experiencia y el laboratorio hayan probado su virtualidad.

Libre de preocupaciones y prejuicios llegaremos algún día a comprender la vida científicamente y entenderemos que todas nuestras pasiones y todos nuestros sentimientos, todos nuestros vicios y virtudes, amor, odio, inteligencia, valor, ira, cobardía, etc., no son más que estímulos de nuestras glándulas de secreciones internas y toda nuestra personalidad, nuestro yo, físico y moral no es más que la resultante del equilibrio de estas secreciones endocrinas cuyos gérmenes nos legaron nuestros padres desde que el elemento masculino y el femenino se encontraron y se unieron en estrecho y amoroso lazo en el claustro materno en el maravilloso proceso de la fecundación para la perpetuación de la especie.

LA APENDICITIS

Y LA LINEA DE RESISTENCIA DE SONDERN

R. del Valle Sárraga, A.B., B.S., Ph. C.

El asunto no es nuevo. No es *la última palabra,* como dice el vulgo. Tampoco es viejo, y sí de grandísima utilidad para callarlo. Para vulgarizarlo es que nos ocupamos de escribirlo.

Nos guía también el deseo de la presentación de un caso típico reciente, que por sí solo se basta,—aunque constituya la excepción, aceptando que no representa la regla general en la práctica, no siendo así—para demostrar hasta donde se llega hoy por los métodos científicamente exactos de laboratorio, siquiera sean considerados los mismos *como meros síntomas del cuadro diagnóstico,* como afirman con razón los que se han parapetado en los viejos sistemas, y nada ceden del terre-

no conquistado por *su experiencia,* y siquiera sea en beneficio del ruinoso castillo de su *empirismo* científico.

Sondern fué el primero que dió forma práctica al nuevo método de la determinación de la resistencia de un paciente atacado de apendicitis aguda, sugiriendo la técnica que sirve de tema a este artículo.

La hipótesis de Sondern sirvió de punto de partida a otros autores, entre ellos a Gibson y a Noehren, para compilar los primeros casos en los hospitales de New York, y los cuales fueron estudiados por el profesor Wood.

A Gibson se le ocurrió una feliz idea. En una línea vertical a la izquierda, a puntos equidistantes, fué anotado de abajo para arriba las cifras del total de leucocitos, empezando por el mínimun normal, que es 5000. En otra línea vertical, a la derecha, a puntos equidistantes, fué anotando de abajo para arriba, las cifras de los polinucleares, empezando por el mínimun normal de 70%, de modo que la cifra 5000 quedó en la misma línea y a nivel con 70%, la de 10000 con 75%, etc. Intercaladas entre estos dos verticales, introdujo tantas columnas como fueron necesarias para designar los días de la semana, y del mes que duró la observarión. A la terminación de cada observación microscópica diaria, trazó una línea sobre la cuadrícula, desde el nivel a la izquierda, que coincidía con la cifra que resultó del contaje total de leucocitos, hasta el nivel en la derecha que coincidía con la cifra del por ciento que resultó de los polinucleares, tomando como extensión de esta línea, las dos verticales de la columna que correspondían a esa fecha. En esta forma quedó construída una cuadrícula que a las mil maravillas mostraba la condición del enfermo, y en donde en reducido espacio se llevaba la historia de sus contajes en forma gráfica. La mera inspección de los casos prácticos que aquí mencionamos, da mejor idea de la *línea de resistencia de Sondern,* que toda otra explicación.

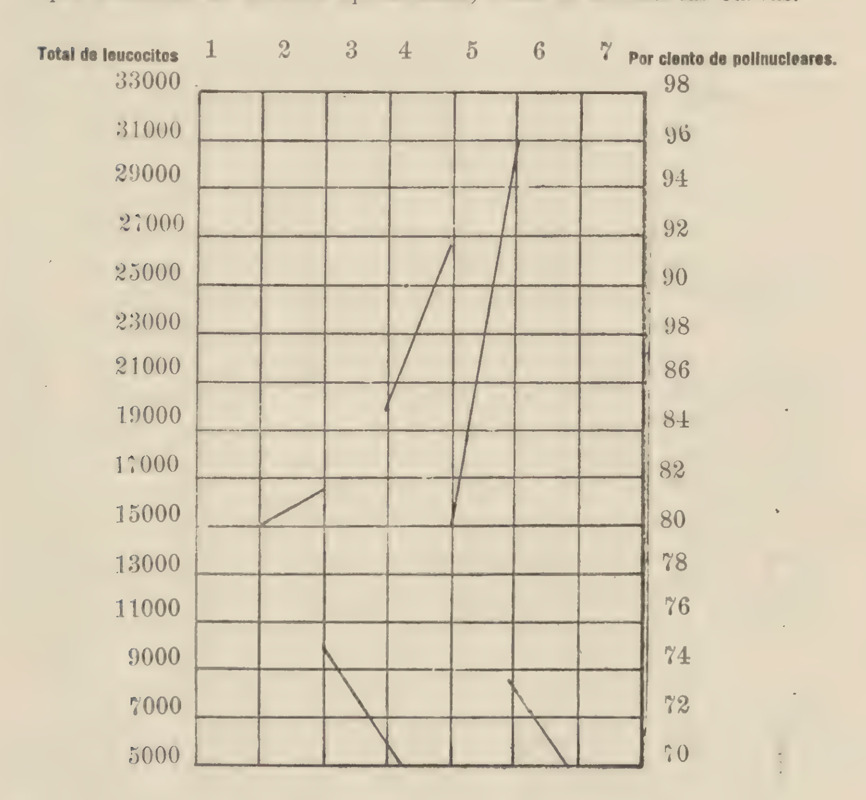
Es bueno saber que Gibson asume que la leucocitosis patológica empieza en la cifra 10000 y la polinucleosis anormal en la de 75% y asume también, como cifras promedias normales, 5000 y 70% respectivamente. Y sobre esta hipótesis, errónea o verdadera, pero de perfecta aplicación y de resultados admirables para todo el que practica la cirugía en consonancia con los métodos modernos de laboratorio, es que Gibson construyó su primera carta cuadriculada.

La línea se interpreta fácilmente: si cada línea está alta en la cuadrícula é inclinada hacia arriba, de izquierda a derecha, o tendiendo a subir, la resistencia del paciente es mala; si ésta baja y mira hacia abajo o tiende a bajar, es buena. Los términos medios entre estos dos extremos se interpretan fácilmente.

A continuación aparecen las curvas típicas iniciales, de tres casos de la Clínica Mayo, y cuya posición y disposición se hacen elocuentes por sí solas.

CUADRO NUM. 1.

Línea de resistencia de Sondern en la apendicitis. Cinco casos típicos que muestran de manera aproximada, como se inician las curvas.



Día 2.—Apendicitis aguda catarral

Día 3.—Abceso apendicular pequeño y muy bien enquistado.

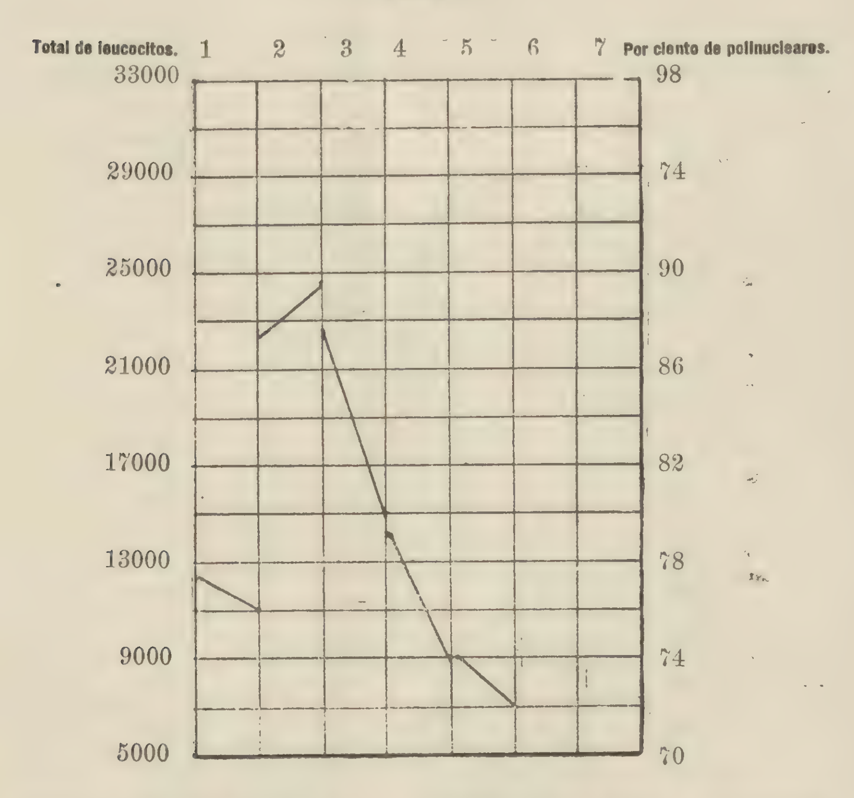
Día 4.—Apendicitis supurada, sin enquistarse todavía.

Día 5.—Al décimo día del ataque. Profundamente intoxicado, aunque no moribundo. Absceso apendicular mal enquistado.

Día 6.—Supuesta apendicitis aguda durante el curso de una apendicitis crónica. Lesiones crónicas comprobadas.

El curso de una curva puede ilustrarse de manera admirable, en el caso siguiente:

CUADRO NUM. 2.



Operación realizada entre 1 *y el* 2... *El aumento en la línea de resistencia demuestra el esfuerzo de los leucocitos para afrontar la absorción aumentada de los productos de la toxemia. Al siguiente día la línea mejoró hasta la completa normalidad.*

Y aunque los autores no llegan a conclusiones dogmáticas, se ve de manera clara y terminante que el percentaje de polinucleares, es un índice bastante exacto de la infección que se fragua y avecina, mientras que el número total de leucocitos demuestra la medida de la reacción del organismo humano hacia aquella invasión. La relación o proporción entre uno y otro extremo será *la línea de resistencia de Sondern.* Los casos

excepcionales que cita Wilson, son: los moribundos y quizás los niños. Estos últimos seguramente resultan una excepción, porque la fórmula leucocitaria normal en la infancia no es igual que en el adulto. El polinuclear y el linfocito se encuentran en igual proporción (uno o uno), en la edad temprana; mientras que en el adulto es de 3 a 1 aproximadamente; pero teniendo en cuenta este dato podría aplicarse la teoría de Sondern a los casos sépticos en la infancia.

Las conclusiones a que llega Wilson son terminantes: (1) La línea de resistencia que tiende a subir indica una infección más o menos severa que el organismo del enfermo no puede contrarrestar bien. Mientras más larga y más alta se encuentre en la cuadrícula, mayor seriedad presenta el caso. (2) Si la línea tiende a nivelarse o a bajar, indica que el caso es leve, o que la infección está bien atendida por el organismo enfermo. (3) En los casos de supuestas agudas exacerbaciones de la forma crónica en la apendicitis, la línea tiene un valor inestimable. (4) En los casos comprendidos entre el cuarto y el décimo-cuarto día del ataque, la línea de resistencia es de un valor asombroso ("wonderful" es la expresión del autor) porque señala la resistencia pobre del paciente y la necesidad de inmediata operación. La correlación entre los datos de laboratorio y lo que se descubre en el vientre abierto por la cuchilla del cirujano, es asombrosamente exacta. Si la línea desciende entonces, es indicio de que el organismo está tomando a su cargo la defensa de la invasión. Si la infeción es severa, según quede demostrado por una línea alta pero con tendencia a bajar, será preferible instituir el tratamiento médico al qirúrgico; pero si en las observaciones microscópicas diarias la línea se inclina y asciende, el paciente podrá y deberá ser operado.

Los casos que hemos ido estudiando en Puerto Rico son numerosos. Por lo tanto la presentación de uno de ellos, si es típico en la serie, dará una idea de la importancia que en el diagnóstico y pronóstico tiene la línea de Sondern. El siguiente es el caso a que aludimos:

Paciente XX, 35 años, casada. Fué atacada súbitamente de un dolor agudo sobre el epigastrio a las 2 P. M. del 13 de febrero. Suponiéndolo el resultado de una indigestión, tomó un purgante salino enseguida, sin efecto alguno dentro de las 24 horas subsiguientes. El dolor se hizo tan intenso que la paciente solicitaba con insistencia que se le diera morfina. Antes de la llegada del médico se le inyectó un centígramo del sulfato y a las dos horas se repitio la dósis, sin resultado alguno. A las 8 A. M. fué vista por dos médicos. Pulso, temperatura y respiración normales. No hubo escalofríos ni sudoración. Vómitos persistentes. El examen del vientre no acusó defensa muscular sobre la

fosa iliaca, y a la presión del vientre el dolor se mostraba indefinido, acentuándose sobre el epigastrio. El curso durante el día fué análogo al de la mañana, y como único síntoma alarmante, el dolor intenso y los vómitos. Como tratamiento, dieta hídrica absoluta y bolsas de hielo, aguardando acontecimientos. Primer contaje a las 6 P. M. del día 14: 11200 leucocitos y 96% de ploinucleares. Esa tarde la orina dió trazas de albúmina, mucha nucleo-albúmina y al microscopio un número regular de piocitos, algunos hematíes y epitelios de los tubos contorneados y de la pevis renal, pero sin cilindros. A la mañana siguiente, a las 9 A. M. del día 15, la sangre acusó 22600 leucocitos y 85% de polinucleares. La noche antes fué solicitado en consulta un cirujano. El cuadro continuaba igual. El termómetro no había rebasado una sola décima por encima de 37 grados centígrados. Los clínicos estaban contestes en la posibilidad de un proceso séptico, a juzgar por el cuadro hematológico, pero nada alarmante por el momento que justificara una intervención quirúrgica inmediata. El cirujano no sólo confirmó esta opinión en la consulta, sino que fué más lejos aún con el siguiente juicio: "Si del examen de la enferma hubiera aparecido *un solo* síntoma que me hiciera sospechar clínicamente que estoy en presencia de una apendicitis, no aguardaría a la mañana, sino que esta misma noche operaría, porque el cuadro de la leucocitosis es evidentemente grave; no obstante de esto, entiendo que podemos y debemos aguardar porque el caso no revela peligro inmediato aparente.

La enferma no durmió en toda la noche. A la mañana siguiente el mismo dolor indefinido y generalizado en todo el vientre, siempre acusándolo sobre el epigastrio con mayor intensidad, sin fiebre ni escalofrío ni sudoración. La palpación al medio día decidió definitivamente las dudas clínicas. La presión sobre el epigastrio o a la izquierda, sobre el baso, reflejaba a distancia un intenso dolor sobre la fosa iliaca. Lo que procedía era ya claro y urgente. En ese instante hubo elevación de dos décimas de temperatra. Al llegar al hospital ya alcanzaba a 37.8 grados centígrados. La operación fué realizada a las dos horas y el diagnóstico confirmado. El apéndice estaba marcadamente inflamado y su contenido en grave peligro de vaciarse por el lado de una de sus paredes, de color violécea y visiblemente alterada. El contenido mostró dos o tres cuerpos redondos de gran resistenca: heces fecales endurecidas, casi petrificadas. El peritoneo enrojecido en toda su extensión. Por un período de tiempo, breve por cierto, temióse una peritonitis, que no llegó nunca a convertirse en realidad, gracias a la intervención rápida en el caso y especialmente al diagnóstico preciso que le precedió.

Debe reconocerse, por otro lado, que el diagnóstico fué forzado o casi

forzado por el microscópico, a causa de que la verdad estaba vedada a ojos clínicos, aunque muy expertos, y que aunque veteranos de muchas campañas y señalados por heridas en recios combates, y en brillantes victorias profesionales, no obstante, palpaban de cerca el conflicto serio surgido entre la evidencia del hemotocímetro y de la fórmula leucocitaria y el de la ausencia absoluta de signo alguno que autorizara a sospechar siquiera un estado séptico, hasta que el primer signo clínico como un chispazo, dió la alarma de la tempestad que se desencadenaba.

El curso de la curva, trazada por la línea de resistencia de Sondern, se ve tan clara en el cuadro No. 3, que su mera inspección dice más a la mente del lector que toda explicación que se haga de la misma.

(Continúa en las próximas páginas)

CUADRO NUM. 3.

Fecha

Total de leucocitos | 14 15 | 16 17 | 18 19 | 20 21 | 22 23 | 24 25 | 26 27 | 28 | Marzo 1 | Por ciento de polinucleares

31000 — 96

29000 — 94

27000 — 92

25000 — 90

23000 — 88

21000 — 86

19000 — 84

17000 — 82

15000 — 80

13000 — 78

11000 — 76

9000 — 74

7000 — 72

5000 — 70

operada

64% 68% 63%

Después de la operación, según puede verse, hubo una ligera inclinación de la curva hacia abajo, después volvió de nuevo a inclinarse hacia arriba (la lucha elocuente del fagocito para afrontar la absorción aumentada de los productos de la toxemia) pero esta línea casi vertical, tendió siempre a descender, hasta que al cuarto día de operada se inclinó hacia abajo, *definitivamente* hasta llegar al nivel normal a los 14 días, siendo dada de alta a los 15 días de su ingreso.

Las cifras qe sirvieron de guía para trazar las líneas de resistencia del Cuadro No. 3 son las siguientes:

Fecha	Total de leucocitos	Por ciento de polinucleares
Febrero 14	11200	96
" 15	22600	92
" 16	24600	89
" 17	19000	89
" 18	12600	85
" 19	15400	88
" 20	14800	79
" 21	10400	71
" 22	12000	70
" 23	13600	64
" 24	11300	75
" 25	10600	68
" 26	14200	74
Marzo 1	8500	63

Los contajes pueden hacerse en un laboratorio distante si se recogen varias gotas de sangre en un tubo pequeño, que contenga 5 milígramos de un oxalato cualquiera (de sosa, potasa o amoníaco), con tal de que sea neutro. Mientras cae la sangre en el tubo, debe moverse violentamente para que se disuelva el oxalato. Debe taparse con corcho y parafinarse la boca. Como la sangre no se coagula, se puede hacer el contage cómodamente en el laboratorio y el resultado es más exacto. Se deben enviar láminas (como las que se preparan para el examen de malaria) para determinar la fórmula leucocitaria citocrómica. Al que solicite recipientes con este objeto, se le remitirán ya preparados por correo.

REVISTA DE REVISTAS

LEPRA

Sobre el cultivo del bacilo de la lepra.—Dr. K. Kohda. (*The Sei I. Kwai Medical Journal.* Tokyo. Marzo 1921, pág. 1-15).

De los extensos estudios experimentales practicados por el autor en el Laboratorio de clínica dermatológica de la Universidad de Tokyo, cátedra del Prof. K. Dohí, traducimos sus conclusiones:

1a.—El bacilo de Kedrowski es el de la lepra; es ácido y alcohol-resistente, y se desarrolla en un medio de cultivo similar al del bacilo de la tuberculosis aviaria.

2a.—En algunos de los animales de experiencia, ha demostrado ese bacilo un poder patógeno débil.

3a.—También ha probado tener una positiva reacción inmunológica frente al suero de leproso; pero aunque esto es verdad, no es sin embargo específica.

Nota sobre la epidemiología de la lepra.—Dr. Angel Lamas. *La Semana Médica,* XII-921.

Las hipótesis sobre la transmisión de la lepra están todas sujetas a poderosas objeciones.

El autor trata solo de poner de manifiesto una observación repetida en más de 60 casos, que le autoriza a creer que puede contribuir a esclarecer la epidemiología de la lepra.

Tal es la del *Sarcopsyla penetrans* (pulga penetrante conocida por diversos nombres y muy temida en el Brasil y en Méjico especialmente, y en el Africa tropical, China, India, etc., que anida en las uñas y en otras partes de la piel), como uno de los vehículos de transporte y de introducción en el hombre de los bacilos de la lepra.

Todos los casos observados han coincidido en su anamnesis; en todos, la penetración de esta pulga se había verificado por lo menos 8, 10 y 12 años antes que se manifestaran los trastornos iniciales, la mayor parte de éstos en las piernas, en la proximidad de los nidos antiguos de la pulga, en individuos que han andado descalzos. La pulga *penetrans,* ingiriendo los bacilos de los enfermos, los transmite a los sanos por vía linfática.

Este insecto, además del hombre y grandes mamíferos (cerdo), ataca especialmente a los ratones, que como se sabe, sufren una forma pató-

gena muy parecida a la lepra producida por un bacilo ácido-resistente (Stefansky), que tiene caracteres semejantes al de Hansen, del cual se puede sospechar, pues, una variedad adoptada a otra especie animal. (Marchoux).

Una acción semejante a la de la Sarcopsyla puede también ejercer el *sarcoptes scabiei* (Noruega con la profilaxis de la sarna, ha obtenido una inmensa disminución de leprosos).

La profilaxis, pues, de la lepra, debe aplicarse a la extinción y evitación de la picadura de estos insectos.

En estas ideas inspira la Sanidad de Roma las disposiciones tomadas particularmente para las colonias italianas.

ESPIROQUETOSIS ICTERO-HEMORRAGICA

Sobre un caso de tal enfermedad.—Dres. Grapiolo, Fossati y Palazzo. *Revista Suramericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia.* 15 Diciembre 1921.

Los autores resumen así su estudio detenido y documentado con notables fotopreparaciones:

De la historia y evolución clínica de la enfermedad, podemos resumir estos datos: inicio casi brusco en pleno bienestar, con fiebre en los primeros días; aparición de la ictericia al cuarto o quinto día de la enfermedad, ictericia leve al principio y que se hizo cada vez más intensa en los días sucesivos; profunda alteración del estado general de la paciente (subdelirio, vómitos alimenticios y biliosos, temblores musculares, taquicardia): púrpura al inicio de la enfermedad, ligera albuminuria; hígado chico y ligero tumor del bazo, como final. Todos estos datos nos permitían colocar la enfermedad dentro del grupo de las ictericias infecciosas descritas por Lancereaux, Weil y otros, bajo el nombre de icteriria infecciosa esencial, ictericia hemorrágica que tiene, como agente patogénico, una espiroqueta. El estudio del hígado (único órgano que pudimos estudiar) nos hizo clasificar la lesión anatómica como una *hepatitis parenquimatosa aguda a tipo de atrofia roja.* En lós islotes del hígado, más o menos destruídos, con la impregnación argéntica (Levaditi) pudimos poner en evidencia una espiroqueta. La inyección en el cobayo de maceración del hígado de la enferma, produjo una espiroquetosis íctero-hemorrágica. Este caso, el primero descrito en la República Argentina, tiene importancia, porque demuestra que aquí también existe la espiroquetosis íctero-hemorrágica.

PALUDISMO

Desaparición del paludismo en las zonas templadas.—Joyeux. *Presse Med.* 24 Septiembre, 1921.

El paludismo que antiguamente era tan común en las zonas cálidas y templadas, se va extinguiendo. Así pasa en Francia.

Hay muchos datos de que antiguamente abundaba en las regiones ahora indemnes o casi indemnes.

Y no es que hayan desaparecido los anofeles, pues todavía abunda en esas regiones, aunque ya varias generaciones humanas apenas sufren paludismo.

Rouband, en Francia y Wesemberg, en Dinamarca dicen que los mosquitos que solían alimentarse con sangre humana, todavía lo hacen en los países tropicales, pero en las zonas templadas ya se arrinconan en los establos, en sitios al abrigo del viento donde haya humedad y calor, alimentándose de la sangre del ganado y caballos, es decir, cierta preferencia zoófila.

Así se explica la eliminación del paludismo en climas fríos.

Un caso curioso de paludismo delirante hipotérmico.—Dr. Juarros. *Los Progresos de la Clínica.* Diciembre 1921.

"En síntesis, nos hallamos ante un soldado que, después de algún tiempo de permanencia en zona palúdica, comienza a presentar accesos de tipo estío-otoñal, que tratados vigorosamente por la quinina se modifican, desapareciendo la fiebre y presentándose unos ataques de delirio onírico, iniciados por un gran escalofrío y terminados por abundante sudor, sin que durante el delirio exista la menor hipertermia.

Lo raro es ese cambio de un síntoma por otro de muy difícil explicación patogénica.

Empezaban los accesos de delirio por un escalofrío *exactamente igual* al característco de los palúdicos. Ha de pensarse, pues, en idéntico origen, o sea en un reflejo de los nervios vaso-constrictores, bajo el estímulo de las masas pigmentarias.

¿Por qué en vez de presentar fiebre delira el enfermo? ¿Dependerá de la cantidad de pigmento melánico vertido en el plasma sanguíneo? ¿Dependerá de una insuficiencia hepática intensificada periódicamente cada vez que llegan a esta víscera el pigmento melánico y los restos globulares?

Sea de ello lo que quiera, es lo cierto que nos encontramos ante una

forma no corriente de equivalente psíquico del acceso febril, no empezada a raiz de aparecidas las manifestaciones clínicas del paludismo, sino después de padecerlo durante tres meses y haber sido tratado intensamente por prácticos a los cuales es familiar dicha dolencia."

SIFILIS

Estudio experimental de la sífilis, desde el punto de vista de la persistencia de los gérmenes.—Eberson y Eugman *J. of Am. Med. Asoc.*, 15-1-1921.

Los autores han investigado el grado de inoculabilidad de algunos tejidos y humores por infección en los testículos del conejo para estudiar el papel de la sífilis latente en el desarrollo de la sífilis hereditaria y congénita. Después de una incubación de 50, 54, 133 días, se desarrollaban las lesiones típicas en los testículos inoculados con tejidos ganglionares, y después de cuatro y siete meses en los inoculados con esperma.

De 10 casos, el treponema fué aislado en cinco casos de sífilis latente, que se remontaba hasta once y trece años. En todos los casos la reacción Wassermann positiva demostraba que el tratamiento había sido nulo o insuficiente, y que el spirochete conservaba su virulencia.

Sobre el mismo tema.—Brown y Peache. *Am. Jour. of Syphilis,* Enero 1921.

Análogas experiencias sobre el animal. Después de siete y nueve meses y cuatro años, respectivamente, lotes de conejos que habían sufrido una sífilis generalizada y se consideraban curados, presentaban un ganglio poplíteo evidente que servía de material de inoculación, siendo todas las inoculaciones positivas después de una incubación de 31 a 44 días.

Lo que demuestra que animales aparentemente curados de toda manifestación clínica de sífilis, pueden ser portadores de gérmenes virulentos casi indefinidamente.

FIEBRE AMARILLA

Desaparición de la fiebre amarilla.—Editorial de *J. Am. Med. Assoc.* 29-X-1921.

Ya en 1909, el inolvidable higienista Dr. Gorgas, dijo que por los progresos de la higiene tropical, el blanco podrá vivir en los trópicos con tanta salud como en las zonas templadas y no tardará muchos siglos para que en los trópicos resplandezca una civilización tan grande como en la zona templada.

El VII informe anual de la Oficina internacional de Higiene de Washington, abona esa presunción, demostrando que el dominio de la fiebre amarilla es ya solo de una faja estrecha.

Se haya hoy confinada al Este del Brasil, Ecuador, Perú, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Salvador, Méjico y costa occidental de Africa. Aunque vasto todavía ese campo, por lo menos se ha conseguido limitarlo.

Y que se acabará lo indica un ejemplo: Guayaquil, ha sido durante 75 años, un foco, y luchando desde 1918, se ha conseguido que ya hace dos años no haya caso alguno. Así se hará en los demás sitios para honor de la higiene.

VIRUELA

Diagnóstico diferencial de la viruela—E. Romanelly, *Policlínico.* 18 Julio, 1921; ref.: "J. Am. Med. As."

En la viruela, por regla general, hay un período de fiebre de varios días antes de la erupción, en tanto que en la varicela este período prodrómico es menos intenso y dura, cuando más, unas dos horas o un día.

La erupción de la viruela se generaliza desde luego; en la varicela puede haber pústulas recientes o antiguas y éstas maduran con mayor rapidez que en la viruela. La umbilicación no es absolutamente patognomónica de la viruela.

La localización es una guía más favorable. En 3,5000 casos de viruela, durante los tres años pasados, la erupción predominó en la cara y los miembros, en más de la tercera parte, respetando el tronco; en menos de la tercera parte, la erupción fué difusa; pero en la mayoría, no se presentó en el tronco. En todos los casos de varicela, el tronco fué la región principal y exclusivamene afectada.

En 300 casos, la viruela fué hemorrágica. Pudo confundirse la viruela con el impétigo, el sarampión, la escarlatina y las lesiones cutáneas sifilíticas, además de la varicela.

El peligro, como es natural, es mayor con una viruela benigna y una varicela grave y anómala.

HIDÁTIDES

Quiste hidático en el ccrazón.—Los doctores Humphrey Marten y de Crespigny (*The Med. Jour. of Australia,* 9 Abril 1921.

Refieren el caso de un hombre de 49 años con disnea y edemas de piernas; dilatación de venas subcutáneas del tórax izquierdo, en cuyo

lado hay macidez extendida a todo él; ruidos cardíacos apagados en ese lado que se revelan a la derecha, cosa que confirman la radioscopia, que a la vez muestra una zona opaca redonda, no pulsatil, como una cabeza de feto, en contacto con el borde izquierdo del corazón. Se diagnostica de quiste hidático del mediastino. Se punciona, y en vez del líquido que se esperaba, se llena la aguja de uno achocolatado, restos globulares, pero sin hidátides. A los pocos días muere súbitamente el enfermo.

La autopsia revela un quiste fibroso, frontero al corazón, adherente a los órganos vecinos, que se rompe y deja salida a un litro de líquido parduzco.

Vióse que el quiste comenzó en punta del corazón, en el tejido celular subpericárdico y en el miocardio, sin comunicar con el ventrículo, pero habiendo un punto en que la pared de éste era muy delgada.

Había otro quiste como una naranja, desarrollado en la clavícula derecha, que contenía también hidátides.

NOTICIAS GENERALES

Sexto Congreso Médico Latino-Americno

REGLAMENTO

Artículo 1.—El Congreso Médico Latino-Americano celebrará su Sexta reunión en la Ciudad de la Habana, del 19 al 26 de Noviembre de 1922, bajo los auspicios del Gobierno de la República.

Artículo 2.—Podrán tomar parte en el Congreso, como miembros titulares del mismo, los médicos, farmacéuticos, cirujanos dentistas, veterinarios, naturalistas, penalistas e ingenieros sanitarios que soliciten su inscripción.

Artículo 3.—El Congreso se dividirá en las catorce Secciones siguientes:

1a.—Biología, Anatomía e Histología Normal y Patológica.
2a.—Bacteriología, Parasitología.
3a.—Higiene y Demografía.
4a.—Medicina.
5a.—Medicina Tropical.
6a.—Pediatría.
7a.—Cirugía.
8a.—Farmacia y Terapéutica.

9a.—Enfermedades nerviosas y mentales. Medicina Legal.
10a.—Oftalmología y Oto-Rino-Laringología.
11a.—Radiología y Curieterapia.
12a.—Odontología.
13a.—Medicina Veterinaria.
14a.—Historia de la Medicina Americana.

Artículo 4.—La cuota que abonarán los miembros titulares será de Diez pesos, moneda oficial, o su equivalente, y tendrán derecho a todos los privilegios del Congreso; recibirán gratuitamente un ejemplar de los Libros de Actas y Trabajos y demás impresos del Congreso.

Artículo 5.—Los trabajos de organización y dirección del Congreso estarán a cargo de la Comisión Organizadora. Una vez terminados los trabajos de organización, la Comisión se denominará Comité Ejecutivo del Congreso. Este Comité tendrá a su cargo la publicación de los Libros de Actas y Trabajos del Congreso y el enviarlos a los miembros titulares a sus respectivos países.

Artículo 6.—La Comisión Organizadora constituirá en cada país latino-americano un Comité con amplios poderes para nombrar Subcomités provinciales o regionales, así como para solicitar adhesiones, recibir las cuotas de los miembros titulares, obtener colaboración científica, promover el envío de los trabajos, servir de intermediaria entre los asociados de cada país y la Comisión de organización, etc.

Artículo 7.—Las sesiones generales del Congreso se celebrarán con la asistencia de todos sus miembros. Las Secciones celebrarán sus reuniones parciales, con Programas establecidos por las Comisiones Directivas, quienes los someterán a la Comisión Organizadora para su aprobación y publicación.

Art. 8.—Las sesiones generales se dedicarán a la lectura y discusión de las Ponencias Oficiales, así como de las Mociones y Votos propuestos, tratándose también los asuntos que el Comité Ejecutivo haya acordado.

Artículo 9.—Los Presidentes y Vicepresidentes de Honor del Congreso y de las Secciones, serán designados en una sesión previa, que se celebrará antes de la sesión de Apertura y en cuya sesión tomarán parte los Delegados Extranjeros y el Comité Ejecutivo.

En la sesión solemne de Apertura se seguirá la siguiente Orden del Día: Discurso del Sr. Peesidente del Congreso; Informe del Secretario General; Discursos de los señores Delegados Extranjeros; Discurso de Apertura del Congreso por el Honorable Sr. Presidente de la República, o su Representante.

En la sesión solemne de Clausura se dará cuenta del lugar y fecha en que se celebrará la próxima reunión del Congreso, así como de las personas que integrarán la Comisión Organizadora del mismo. Se harán públicos los Acuerdos y Mociones aprobados en las distintas sesiones.

La designación del país en que deberá celebrarse el Congreso futuro, así como de las personas que formarán parte de su Comisión Organizadora, se efectuará por votación de los Delegados oficiales de los gobiernos, y del Comité Ejecutivo del Congreso.

Artículo 10.—Los trabajos del Congreso consistirán en: (a), lectura y discusión de las Ponencias Oficiales; (b) lectura y discusión de los trabajos de las Secciones; (c), Conferencias y demostraciones prácticas.

Artículo 11.—Las Ponencias serán designadas por la Comisión Organizadoras, que nombrará los respectivos Ponentes, oyendo las Comisiones Directivas de las Secciones. Los Comités extranjeros tienen el derecho de proponer también Temas Oficiales e indicar las personas para exponerlos. Las Ponencias habrán de ser concisas y deberán estar en poder del Secretario General del Congreso antes del día 20 de Septiembre de 1922.

Artículo 12.—Los títulos de los trabajos, acompañados de un corto resumen, en forma de conclusiones, deberán ser enviados al Secretario General antes del 20 de Septiembre de 1922.

Artículo 13.—En las discusiones del Congreso sólo se podrá disponer de 25 minutos para la lectura de las Ponencias; de 20 minutos para la lectura de los trabajos en las Sesiones; de 10 minutos para la discusión de las Ponencias, Mociones y Votos, y de 5 minutos para la discusión de los trabajos de las Secciones.

Ningún congresista podrá ocupar más de una vez la tribuna, ni hablará más de una vez sobre el mismo tema, excepto previa autorización de la Mesa. Los autores de Ponencias o Trabajos, podrán hacer de nuevo uso de la palabra para contestar las argumentaciones.

Artículo 14.—El idioma oficial del Congreso será el castellano. Las Actas y Documentos oficiales del Congreso serán redactados y publicados en castellano. Los señores Congresistas que hablen otros idiomas podrán presentar sus trabajos y hacer uso de la palabra en su propio idioma, si así lo desearen.

Artículo 15.—De conformidad con el acuerdo orgánico del Primer Congreso de esta clase, observado por los Congresos sucesivos, la Comisión Organizadora dispondrá lo necesario para la organización de una Exposición Internacional de Higiene, que durará el tiempo que la Comisión estime oportuno.

Artículo 16.—Queda autorizada la Comisión para resolver todos los asuntos no previstos en este Reglamento.

* * *

Exposición Internacional de Higiene.—Noviembre 26 de 1922.
Habana, Cuba

REGLAMENTO

Artículo 1.—Anexa al Sexto Congreso Médico Latino-Americano, que se celebrará en la ciudad de la Habana, del 19 al 26 de noviembre de 1922, se organizará una Exposición de Higiene que comprenderá todas aquellas ramas de la ciencia, de la industria y de las artes, que estén relacionadas directamente con la Higiene.

Artículo 2.—Esta Exposición estará dividida en dos secciones independientes:

Primera: *Sección Científica*: Que comprende desde la Higiene de la Especie, Eugenesia y Homicultura, en su aspecto abstracto hasta las medidas sanitarias de aplicación esencialmente práctica. Esta sección tendrá carácter latino-americano, pero el Comité de la Exposición queda autorizado para solicitar la cooperación de los organismos oficiales y privados de otros países con objeto de aumentar el valor educativo de la Exposición.

Segunda: *Sección Industrial*: Que abarca los aparatos, instrumentos de medicina y cirugía de aplicación a la higiene, materiales de construcción de utilidad sanitaria, alimentos y bebidas no espirituosas, productos químicos y farmacéuticos, especies animales y vegetales relacionadas con la higiene, y todo producto industrial de valor higiénico e interés comercial al mismo tiempo.

Las materias descritas en las secciones Científica e Industrial se relacionarán con la Higiene Pública o con la Higiene Privada; con la Higiene Urbana y Rural, con la Higiene Alimenticia y habrá especial dedicación de los problemas de abastecimiento de aguas. Se incluye la Higiene de las habitaciones colectivas, hospitales, creches, asilos de expósitos y de menores, asilos de inválidos, manicomios, viejos mendigos, profilaxis hospitalaria.

Higiene Escolar.—Escuelas: Construcción, distribución, mobiliario, material escolar, aulas. Enfermedades escolares, su profilaxis.

Situación, construcción y distribución de las fábricas y establecimientos industriales. Accidentes del trabajo, su protección. Duración del trabajo, higiene de los operarios.

Higiene militar.—Construcción de cuarteles, hospitales militares y navales. Alimentación, vestuario, raciones, higiene corporal. Cruz Roja.

Prisiones.—Construcción, alimentación, vestuario, trabajos, régimen, higiene corporal de los presos.

Habrá una sección especial de Etnología, Demografía, Bibliogafía Médica, etc., y toda la literatura relacionada con la higiene en general.

Artículo 3.—La Exposición se abrirá el 26 de noviembre y permanecerá abierta durante un período de diez o más días, a juicio de la Comisión.

Artículo 4.—La Exposición será organizada y dirigida por una Comisión compuesta por un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario y los vocales que se estimen necesarios.

Artículo 5.—Esta Comisión dará cuenta periódicamente al Comité directivo del Sexto Congreso Médico Latino-Americano, de las gestiones que realice y se pondrá siempre de acuerdo con dicho Comité para resolver todas las cuestiones referentes a la Exposición y que más abajo se indican:

1.—Invitar a personas y corporaciones científicas, para que concurran exponiendo todo lo que pueda interesar sobre higiene y organizaciones sanitarias (publicaciones, fotografías, gráficas, modelos, planos, objetos, etc., etc).

2.—Invitar a personas, firmas y sociedades comerciales e industriales y al público en general, a que preste su concurso, exponiendo aparatos e instrumentos y objetos de su comercio, fabricación o invento, que se relacionen con la naturaleza de la Exposición.

Artículo 6.—Dirigir las instalaciones en los locales destinados á Exposición de cada una de las secciones, procurando la mejor distribución y seguridad de los objetos expuestos. Imprimir un catálogo de todos los objetos existentes en la Exposición.

Artículo 7.—La Comisión Organizadora de la Exposición, de acuerdo con el Comité Ejecutivo del Sexto Congreso Médico Latino-Americano nombrará tantos jurados como sea necesario, compuestos de cinco miembros cada uno, para examinar y dictaminar sobre los objetos expuestos. Los jurados darán su veredicto el décimo día de la apertura de la Exposición.

Artículo 8.—Suministrar a los Jurados de recompensas que discernirán los premios, todos los datos necesarios para el ejercicio de su misión.

Artículo 9.—Los premios consistirán en medallas de oro, plata y bronce y diplomas.

Artículo 10.—Las personas que deseen inscribirse como expositores deberán dirigir su solicitud por escrito, al Secretario de la Comisión de la Exposición, antes del día 30 de septiembre de 1922.

En esta solicitud el expositor explicará claramente la naturaleza del objeto u objetos que desee exponer, el espacio de local deseado y todas las informaciones necesarias a la descripción que ha de llevar en el catálogo general de la Exposición.

Artículo 11.—Todos los gastos de transporte e instalación de objetos en el local de la Exposición, serán por cuenta del expositor. Todos los paquetes o fardos conteniendo objetos destinados a la Exposición, deberán acompañarse de una relación bien clara y detallada de su dirección del expositor.

Artículo 12.—La Comisión tendrá el derecho de no admitir o de hacer retirar de la Exposición, en cualquier tiempo, todos los productos que a su juicio ofrecieren algún peligro, fuesen incómodos o incompatibles con la naturaleza de esta Exposición.

Artículo 13.—Los expositores no tendrán que abonar cantidad alguna por luz ni por los servicios de decorado y limpieza general.

La Comisión organizará y mantendrá un sistema de policía en el recinto de la Exposición para asegurar el orden y proteger las propiedades confiadas a su custodia. Los expositores podrán cuidar y vigilar sus instalaciones por guardas de su confianza, siempre que lo comuniquen previamente a la Comisión y sujeto al Reglamento.

Artículo 14.—Todas las inscripciones, carteles, anuncios y mapas de las instalaciones, deberán ser revisados y autorizados por la Comisión antes de ser expuestos.

Artículo 15.—Los objetos no podrán ser retirados o cambiados de la Exposición antes de la clausura de la misma.

Artículo 16.—Clausurada la Exposición, los expositores deberán retirar sus instalaciones y productos dentro del plazo de cinco días, o en su defecto lo hará la Comisión sin ninguna responsabilidad de su parte, por cuenta y riesgo del expositor. Si en el plazo de un mes, los objetos no fuesen reclamados, se entenderá que el expositor ha hecho donación de ellos a la Comisión y entonces se destinarán a establecimientos de carácter benéfico.

Artículo 17.—La Comisión Organizadora de la Exposición no se hace responsable de los intereses perjudicados por cualquier eventualidad que ocasione atraso o prórroga de la apertura de la Exposición.

Artículo 18.—Para cualquier aclaración o petición de datos, los expositores deberán dirigirse al Secretario de la Comisión Organizadora de la Exposición. Durante el tiempo en que funcione la Exposición y

en todos los actos de ésta, los miembros de la Comisión Organizadora usarán distintivos.

Artículo 19.—Los asuntos no previstos en este Reglamento se resolverán por la Comisión Organizadora; en caso contrario los resolverá de acuerdo con ésta.

* * *

Cursos post-graduado de Medicina en Español y Portugués

El New York Policlínico Escuela de Medicina y Hospital, además de dar cursos post-graduado en inglés dará otros también en español y portugués.

Los cursos en español según el plan que se prepara darán comienzo en Septiembre, empezando el día 18.

Figuran en la facultad para estos cursos entre otros el profesor Dámaso Rives, de la facultad de Pennsylvania; Dr. Ramón Ruiz Arnau, presidente que fué de la Academia de Medicina de Puerto Rico; Dr. J. A. López, de la Universidad de Syracuse; Dr. F. Rivero, profesor que fué de la Universidad Central de Venezuela; profesor William Sharpe, de la ciudad de New York; profesor A. Freire de Carvalho, de la Universidad de Rio Janeiro y el Dr. E. Hurtado, de la Universidad de Bogotá.

* * *

El Retiro de Cajal

Cajal alcanzará la edad de su jubilación en mayo primero. Se ha formado en España un Comité con el fin de hacer una demostración que revele la alta estima en que se tiene al famoso hombre de ciencia. El Doctor Recasens, Dean de la Escuela de Medicina de Madrid donde Cajal es profesor y el Doctor Royo Vilanova, Rector de la Universidad de Zaragoza donde Cajal nació, han sugerido los acuerdos que deben tomarse para celebrar esta manifestación nacional.

Los planes del comité incluyen la publicación de una edición especial de los trabajos de Cajal, la construcción de un monumento y el que se aumente la cantidad apropiada por el gobierno para el sostenimiento del Instituto Cajal.

* * *

Sociedad Cubana de Gastro-Enterología

El día 30 del pasado mes de enero fué constituída en la Habana

la "Sociedad Cubana de Gastro-Enterología" y fué elegida la primera directiva, quedando integrada de la manera siguiente:

Presidente, Dr. F. Grande Rossi.
Vice-Presidente, Dr. F. Torralbas.
Secretario, Dr. F. Solano Ramos.
Vice-Secretario, Dr. Pedro Barillas.

Los fines que persigue esta Sociedad son los de intensificar y divulgar el estudio de la especialidad de las vías digestivas en su más alto concepto.

PERSONALES

Se encuentra enfermo nuestro distinguido compañero Dr. José Esteban Saldaña, Presidente que ha sido de nuestra Asociación y uno de los más asíduos entusiastas de su progreso.

Confiamos en que pronto sea restablecida su salud.

* * *

Ha salido para Europa en viaje de recreo el distinguido compañero Dr. Manuel de la Pila Iglesias, Presidente de la Asociación Médica del Distrito Sur.

* * *

Se encuentra entre nosotros el Dr. Francisco Matanzo acreditado oculista que desde hace algún tiempo reside en la ciudad de New York.

* * *

El Dr. Ramón Ruiz Arnau conocido clínico y uno de los más ilustres médicos de Puerto Rico residente hoy en New York, se encuentra entre nosotros.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

PUBLICADO BIMENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVI JUNIO 1922 NUMERO 137

FILARIOSIS EN SU RELACION CON OTRAS LINFOPATIAS TROPICALES

Dr. R. Ruiz Arnau

No es mi propósito en esta ocasión tratar de la filariosis en si misma, sino de sus relaciones con otros estados o procesos linfáticos de los países cálidos. Existe en efecto un lazo estrecho desde el punto de vista patogénico entre las diversas linfopatias de los trópicos, sobre el cual entendemos que se ha insistido poco. Y que, sin embargo, podría constituir todo un capítulo sobre el mecanismo de acción particular del factor climatérico sobre los individuos moradores de dichos países.

Mi objeto es referirme hoy, exclusivamente a dos de dichos procesos, y ello. de modo muy somero, dado el corto tiempo de que dispongo.

La linfangitis recurrente de los países cálidos se la suele involucrar aun con otros procesos linfáticos allí comunes a pesar de trabajos importantes de le Dentu, de le Dantec, de Dufoujeré, de Clarac, etc., no siendo siempre en realidad esa linfangitis un simple síntoma o episodio de la elefantiasis, modalidad clínica de la filariosis, como lo pretenden aun muchos autores, sino un estado morboso que puede existir y que existe en efecto en la clínica con autonomía perfecta dentro del conjunto de las enfermedades tropicales. Participo a este respecto de la opinión de Dufoujeré de la Martinica) acerca del hecho de existir linfangitis de repetición sin elefantiasis y sin estar infestado de filaria, aunque no se pueda comprender la elefantiasis sin que el sujeto que la presente haya sufrido con anterioridad ataques de linfangitis. No me detendré aquí en exponer las razones de semejante parecer, después de todo ya expuestas in extenso, en otro trabajo publicado hace algunos años. Me bastará indicar que el considerar a todo sujeto que en la zona cálida presente ataques repetidos de linfangitis como filariósico es craso error. Si es verdad que debemos no solo sospechar sino afirmar la existencia de infestación filariósica en todo sujeto verdaderamente elefantiaásico, esto es, paquidérmico, no esta-

mos autorizados a hacer lo mismo en los casos de linfangitis aguda recidivante, no acompañada de aquel estado, como suele hacerse con harta frecuencia.

En muchos casos de verdadera elefantiasis no es posible constatar embriones en la sangre pero el acuerdo parece unánime en que tal proceso es siempre filariósico. Pero en la linfangitis recidivante simple, endémica, de los trópicos, puede encontrarse solo, tal vez por excepción, o pura coincidencia, huellas del parásito de Bancroft. Por mi parte no le he hallado ni una sola vez en los numerosos casos estudiados durante una práctica de veinte años en Puerto Rico. Mi experiencia me llevó siempre a considerar perfectamente independientes la linfangitis endémica simple, de repetición, que no lleva nunca a la paquidermia, aunque si a un edema crónico simple, y el episodio linfangítico agudo que en los infestados de filaria se ingerta repetidas veces en el proceso crónico de la elefantiasis. En suma, dos procesos distintos: el uno, puramente infeccioso, cualquiera que sea el germen aceptado (dermococo de le Dantec, linfococo de Dufougeré, estreptococo común, estreptococo especial, etc.,) y el otro, de infestación parasitaria filariósica crónica asociado a brotes infecciosos con asiento linfático. Pero con un elemento clínico común los dos, que es precisamente a nuestro parecer, el que ha llevado a la confusión de ambos por largo tiempo: me refiero al fenómeno de la recurrencia.

La gravedad y el carácter recidivante de la linfangitis aguda en los trópicos así como de otros procesos radicados o no en el sistema linfático, allí tan frecuentes, están ligadas más que a circunstancias derivadas de la biología de los respectivos gérmenes causales, a otro factor dependiente por el contrario del sujeto infectado a infestado. Y es a este factor patogénico precisamente al que me referí al comenzar y que origina en un conjunto de modificaciones fisio-patológicas reaccionales en los organismos humanos sometidos a la acción permanente de los climas cálidos, y ajenas en absoluto a toda influencia parasitaria.

Tal estado de predisposición especial en los indivíduos tropicales fué reconocido por los autores hace muchos años y en especial por el autor francés A. Corre, que los denominó *linfatexia*, pero el descubrimiento de la filaria y los numerosos trabajos de Manson sobre la unidad de las distintas manifestaciones clínicas de la infestación humana por tal parásito desviaron por largo tiempo y de tal manera la atención médica hacia la consideración exclusiva del parásito agresor que casi pareció olvidarse por completo aquel estado linfático particular acompañante o subyacente a caracterizadas linfopatías tropicales.

Tal situación de cosas persiste actualmente y se confunden en cierta

manera los dos conceptos etiológicos, parásito y clima, estableciendo así un obstáculo a la justa apreciación de lo que corresponde particularmente a uno u otro factor en el determinismo de los diversos procesos linfáticos de los países cálidos. Hacia 1916 tuve ocasión de publicar el resultado de mis trabajos sobre la cuestión, llevados a cabo en diversas enfermerías, de San Juan de Puerto Rico, y gravitando sobre un número de casos ascendentes a la cifra de 541 catalogados y de otros muchos observados durante diecisiete años en la clientela particular.

Sobre tales fuentes de observación, preferentemente clínicas, constituídas en su mayor parte por sujetos sometidos a condiciones muy favorables, casi ideales, para seguir paso a paso las influencias lentas del clima tórrido sobre los mismos, fué que pudimos investigar los lazos patogénicos comunes y latentes en el fondo de ciertos afectos muy variados en sus aspectos clínicos.

Semejante estudio nos llevó a la conclusión no solo de que tal factor patogénico existe en realidad sino que no radica, como creía Corre, en un estado particular de la linfa, esto es del *contenido* del sistema linfático en los tropicales, sino del *continente,* es decir de las paredes de los vasos blancos, y consistente en un grado de relajación permanente de las mismas determinado por la insuficiencia de sus fibras musculares involuntarias como consecuencia de la contínua influencia del clima, verdadero tercer *factor* en el determinismo morboso de los países cálidos.

Es decir, que a la noción vaga expresada por el término linfatexia (manera de ser "sui géneris" del sistema linfático) ya he propuesto un concepto más determinado y preciso y a la vez más en harmonía con las conquistas fisiopatológicas modernas.

Se comprende que el *surmenage* primero, la fatiga después y por fin la insuficiencia funcional de esos pequeños y delicados aparatos musculares involuntarios entrañen a la larga la disminución o la pérdida de su facultad contractil y que en consecuencia las túnicas de los vasos blancos se dejen distender en mayor o menor grado según que intervengan más o menos otras circunstancias diversas debilitantes; actitud vertical prolongada, fatiga de los músculos voluntarios estriados, disminución de la actividad circulatoria sanguínea, y de la aspiración toráxica, que son como se sabe factores de importancia capital en el retardo del curso de la linfa.

Este retardo, o éxtasis, que pudiera llamarse linfectasia climatérica simple o higrotérmica, es en efecto, una condición permanente en los habitantes de los climas cálidos, que exige un cierto tiempo para constituirse en los indivíduos originarios de otras latitudes y que se atenúa y aun desa-

parece tan pronto como los sujetos, indígenas o no, se transportan o reintegran a las regiones extra tropicales.

En muchos individuos ese estado que yo he propuesto con el nombre de linfectasia tropical primitiva para distinguirlo de los éxtasis linfáticos tropicales secundarios a la obstrucción inflamatoria o mecánica (por parásitos) de los vasos blancos, persiste latente durante toda la vida ya porque aquellos estén perfectamente adaptados al medio, ya porque las diversas causas accesorias a que hemos aludido no obran sobre ellos. Pero en otros, numerosos también, se manifiesta bajo diversos aspectos y con distintas localizaciones en virtud de la concurrencia de esas mismas circunstancias, constituyendo entonces el *substratum* sobre el cual se ingertan muy a menudo, aunque no siempre, la infección para dar lugar, con su cortejo de flogosis, de obstrucción y de distensión secundaria de los vasos blancos, a las manifestaciones clínicas respectivas de la linfangitis o de la filariosis.

Es a esa linfectasia previa a lo que se debe no sólo la intensidad y la frecuencia mayor de la linfangitis en los trópicos sino también, y sobre todo, su carácter recurrente.

En efecto, las tres formas que he descrito de la linfectasia primitiva (radicular, reeticular y ganglionar) se dan en la práctica con un carácter o tipo recidivante sensiblemente ligado a variaciones estacionales en la zona cálida, y perfectamente puras, es decir, sin mezcla alguna de infección o infestación, de curso apirético, y que es posible descubrir mejor en sujetos que por circunstancias especiales (género de vida, residencia, etc.) se mantienen al abrigo de toda influencia etiológica viva, pero que en cambio están sometidos a otras susceptibles de sumarse a la propiamente climatérica y estacional.

Contrayéndome ahora a la filariósis diré que ese concepto de la linfectasia pura es el único que puede aclarar ciertos puntos obscuros o no bien explicados de la historia de dicha enfermedad.

"¿Por qué, preguntaba Audin, de Haytí, en 1900, no se confirman tan a menudo adenolinfoceles cervicales y axilares y linfangiectasia de la cabeza y del brazo como en los miembros inferiores, la vejiga y los órganos genitales?

Claro está que la localización regional distinta de los vermes adultos explica satisfactoriamente la diversidad de modalidades clínicas de la infestación filárica, pero deja de dar explicación satisfactoria a la primera pregunta de Audin. En cambio, la interpretación, desde el punto de vista de la linfectasia primitiva, de las investigaciones recientes sobre la biología del nematodo de Bancroft (que es la variedad de filaria, de embriones sanguicolas a que me refiero y que es además la más repartida

y quizás la única en el país teatro de mis observaciones a que principalmente me refiero) nos parece dar la solución no ya de la citada pregunta sino de muchos otros problemas aun pendientes. La linfectasia pura, que existe más o menos latente en las regiones declives del cuerpo en los tropicales, y que facilita por sí mismo la infección de la linfangitis endémica simple, favorece también la entrada de las formas larváreas del nematodo, así como la linfectasia secundaria, provocada por los parásitos adultos, acentúa la estagnación intraganglionar de la linfa tan propia a la procreación rápida de los vermes, que, como todo parásito, a fin de realizar la importante función que asegura la perpetuidad de su especie, buscan las condiciones de reposo y de seguridad más apropiada, debiendo ser la evacuación uterina tanto más frecuente y más precoz cuanto menor sea la rapidez de la corriente linfática en el grupo o grupos ganglionares infestados por el parásito. Las ágiles larvas de filaria que el mosquito deposita sobre la piel del hombre de los trópicos encuentran no solamente puntos, sino vastas regiones tegumentarias a cuya sombra el aparato que escogerán luego para domicilio definitivo o sea el linfático, les ofrecerá un estado análogo aunque por supuesto mucho menos acentuado que el que las formas adultas deben engendrar para su propio beneficio y para la mayor seguridad de su progenie, fin último y trascendental de su existencia, como todos sabemos. Recordemos de paso que según las experiencias de Püllebom "las larvas de filaria no entran en la circulación humana por el agujero mismo determinado por la picadura del mosquito sino que se esparcen en la superficie del tegumento y buscan el punto por el cual han de penetrar activamente, esto es, abriéndose paso por sus propios medios. "El estado de sequedad o humedad de la piel, agrega, juega allí un papel muy importante; si la piel está seca, se confirma la muerte rápida de las filarias, mientras que si la epidermis está húmeda, pueden ellas vivir un tiempo suficiente para permitir su penetración".

La linfectasia primitiva envolviendo evidentemente un rebajamiento notable en la resistencia normal en las paredes del sistema linfático, principalmente en sus raíces, y que es mucho más acentuada en las partes declives del cuerpo, parece el factor verdaderamente responsable de la prevalencia de la infestación en dichas partes.

Y se comprende así mismo, que en los sujetos filariósicos en que la linfectasia es más marcada, como en la elefantiasis, por ejemplo, se encuentra raramente el embrión del parásito en la sangre periférica, porque en ellos las buenas condiciones para la procreación se hacen óptimas poniendo prematuramente la filaria grandes huevos obstructores de los linfáticos en vez de ágiles y finos embriones susceptibles de pasar fácil-

mente al torrente sanguíneo. Paréceme, por consiguiente justo introducir una modificación importante en la fórmula propuesta por Manson para sintetizar el determinismo evolutivo de la elefantiasis tropical: al traumatismo hipotético y aleatorio afectando a la filaria creo que debe sustituirse el hecho real y permanente de la linfectasia primitiva, más marcada en las regiones orgánicas referidas, la que no solo favorece la oviparidad del verme, sino que condiciona también los brotes periódicos de linfangitis complicatoria.

Igual explicación cabe dar a propósito de los accidentes agudos o de su rareza en los enfermos de filariosis transportados a un clima frío donde se atenúa y acaba por desaparecer el fenómeno de la linfectasia puramente tropical; e inversamente la repetición, casi siempre más frecuente e intensa, de los ataques cuando estos mismos sujetos retornan a los países cálidos sobre todo en la época estival.

Otro hecho que resulta explicado es el de que para contraer la filariosis requieren una estancia generalmente larga los individuos que no han nacido en la zona tórrida y que allí van a residir.

Terminaré esta rápida exposición del tema que me propuse diciendo que así como Mansón realizó la unificación etiológica de todas las manifestaciones clínicas tan diversas de la filariosis, pudiera considerarse como establecida la unidad patogénica, no solo de ella, sino de todas las afecciones linfativas propias de los países cálidos, reconociendo lo que en ellas corresponde de derecho no al posible germen agresor, sino al organismo humano agredido, y asignando a los agentes exteriores, vivos y físicos lo que en justicia les incumbe en la determinación de los fenómenos morbosos que producen en la zona intertropical.

ORIENTACIONES MODERNAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS GONOCOCIAS (1)

Por el Dr. Amalio Roldán

En todas las Asambleas, Congresos de Urología o Asociaciones médicas a que he asistido, entre todos los temas que se han desarrollado siempre ha habido alguno referente a los tratamientos puestos en práctica para curar las infecciones gonocócicas, desde la uretritis anterior, hasta las más graves salpingo-ovaritis.

Tema es este que por lo manido parece impropio de figurar al lado de otros de mayor importancia, al parecer, y sin embargo las más grandes

(1.) Comunicación presentada a la Asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre, 1921.

discusiones, la mayor diversidad de opiniones, y los más varios resultados han hecho que apenas esbozado haya tomado un lugar preeminente en las discusiones.

Si al presentarlo consigo oir la opinión autorizadísima de los compañeros que me escuchan y que ella refleje el resultado de sus experiencias, me consideraré redimido de la audacia que pueda presentaros un tema que es, como una vieja canción, que siempre se reproduce con un ritmo nuevo.

Y dicho esto entremos en materia.

Sería ofender vuestra superior cultura al haceros historia de los diversos tratamientos de las uretritis y sus complicaciones en el hombre y de los menos variados en la mujer; así pues no haré más que citar los lavados con sustancia que varían al infinito, los tópicos no menos diversos y drogas más heterogéneas para detenerme en los dos procedimientos que han marcado dos orientaciones en el tratamiento; el 1o. la Vacunoterapia y el 2o. la Diatermia, o más propiamente dicho, la Termo-penetración.

El primero o sea la Vacunoterapia es de sobra conocida y pareció por sus éxitos que se había llegado al desideratum del tratamiento. Puesto en práctica por Wright, de Londres, me cupo el honor de emplearla de los primeros y aun creo que el primero en España en las afecciones gonocócicas femeninas en el año 1912; el resumen que de dicha experiencia publiqué unos años después dá una idea del avance en el tratamiento. Dicho resumen publicado en *"Los Progresos de la Clínica"*, de Madrid fué reproducido en varios periódicos profesionales.

Dice así:

"Es un hecho de vulgarísima observación que el tanto por ciento más elevado en la producción de enfermedades genitales de la mujer pertenece al gonococo; como también éste es el responsable de la mayor parte de los procesos inflamatorios, más o menos crónicos hasta el punto que puede afirmarse que un 85 por ciento de metritis y anexitis son debidas a dicho germen.

Esta proporción aun sube de punto cuando las estadísticas son recogidas en una consulta pública, elevándose al 90 y aun 95 por ciento, explicables por una menor cultura de las pacientes y menos recursos para evitar o combatir la infección.

Otro hecho, también de vulgar observación, es la rebeldía de tales afecciones tan corrientes; quizás esta misma rebeldía ha hecho que la lista de medicamentos, procedimientos e intervenciones sea tan extensa, sin que apesar de esto, o a causa de ello, podamos elegir de una manera segura cual es el tratamiento que más ha de beneficiar a nuestras enfermas.

En mi consulta pública de la Real Policlínica de Socorro de esta Corte, he tenido ocasión de seguir de un modo tan paciente como relativamente poco afortunado, casi todos los procedimientos puestos en práctica contra esta clase de metritis y anexitis. La experiencia nos hizo ir desechando los procedimientos demasiado activos, simplificando todo lo posible los métodos, obteniendo los mismos resultados y con menos dolor y molestia por parte de las pacientes.

Desde que mi querido Maestro el Dr. Cervera empezó a emplear la vacuna antigonocócica de Writh con brillante resultado, ansiábamos poseer una vacuna capaz de combatir los accidentes gonocócicos, no habiendo tenido ocasión de hacerlo hasta 1912, época en que mi querido compañero el Dr. Pérez-Grande me favoreció con las primicias de su vacuna, que creemos haber empleado por primera vez en España para las afecciones gonocócicas femeninas. Por otra parte, siendo tantas y tan grandes las dificultades inherentes a la importación desde Londres de la vacuna Writh, la vacuna Pérez-Grande venía a superarla, no ya por su calidad, que siempre es mejor, sino por su adquisición fácil.

En los años que vengo empleando la mencionada vacuna no tengo motivos más que para congratularme de su empleo; sin embargo, no he querido publicar sus resultados hasta la comprobación absoluta y completa de las mejorías y curaciones obtenidas.

En tres grupos divido las enfermas que han sido tratadas con dicha vacuna, siendo distinto el resultado obtenido en cada uno de ellos.

En el primer grupo incluyo las enfermas de metritis y anexitis agudas o agudizadas que vinieron reclamando nuestros servicios. Es en estas, en las que, el resultado ha sido favorable, pues desde la primera inyección, en las que no presentaron fase negativa, la mejoría fué tan rápida como franca.

El segundo grupo comprende las metritis y anexitis crónicas de uno a dos años de fecha, en quienes se han obtenido magníficos resultados, pero siendo necesarias más cantidad y constancia en la aplicación de la vacuna.

Y, por fin, el tercer grupo comprende aquellas enfermas cuya lesión databa de tres o más años, y que de consulta en consulta o de hospital, arrastraron su odisea, sin encontrar más que alivio temporal, hasta que un coito, un enfriamiento o el trabajo manual de la casa les produce una nueva agudización que las desespera y hace caer en el excepticismo más absoluto. En estas, los resultados, siempre buenos, no son tan rápidos como en los anteriores, pero siempre tales, que se congratulan de no haber aceptado la intervención quirúrgica propuesta por muchos ginecólogos como medio de terminar para siempre tales molestias.

Todavía pudiera hacerse un cuarto grupo de enfermas que fueron operadas, sufriendo salpingeectomias, derechas o izquierdas, dobles, y aun histerectomias, siempre subtotales, persistiendo en ellas dolores y flujos.

Veamos los resultados obtenidos.

Enfermas del Primer Grupo.—En la primera y segunda inyección, a veces desde la primera, la disminución del flujo se experimenta de un modo notable, cesando por completo de la segunda a la tercera inyección, más si es auxiliada por un simple tratamiento coadyuvante, reducido a irrigaciones vaginales con solución de permanganato débil, lisol o simplemente agua salada. El tanto por ciento de fases negativas es muy escaso en estas enfermas.

Segundo Grupo.—La técnica corriente para la vacuna, coadyuvando con lavados vaginales, tapones vaginales con thigenol y tratando el estreñimiento pertinaz que acompaña por medios adecuados; la fase negativa se suele presentar con más frecuencia, pero cesa prontamente.

El flujo disminuye con rapidez, los dolores se calman en períodos de duración mayor, con menos agudizaciones en las transgresiones de régimen (coitos, etc.); luego el flujo se aclara cada vez más, hasta desaparecer.

Tercer Grupo.—En estas enfermas se coadyuva más constantemente con irrigaciones, tapones de thigenol y de ictiol y azul de metileno, y laxantes al interior. La fase negativa, que se presenta casi siempre, es de mayor duración, y el flujo espeso y adherente, que la enferma no nota por su dificultad en salir, se licúa de tal suerte que las enfermas se encuentran MOJADAS a la cuarta o quinta inyección, alarmándolas y creyendo que el flujo aumentó, cuando en realidad no es así. Se las tranquiliza diciéndoles que dicho flujo desaparecerá pronto, como en efecto sucede, disminuyendo gradualmente. En estas enfermas hay que perseverar más tiempo en la dosis máxima (2 centímetros cúbicos), hasta obtener la curación.

Los fracasos en el tratamiento han sido siempre debidos a reinfecciones, pues la inyección no tiene poder preventivo. Sin embargo, en las que se han abstenido de relación sexual o en aquellas cuyos maridos se han sometido a tratamiento, la curación se consiguió de un modo definitivo.

Enfermas Pertenecientes al Cuarto Grupo.—El número de éstas sometidas a tratamiento es escaso para poder sacar conclusiones serias. Sin embargo, se puede adelantar de una manera positiva la disminución del flujo y la atenuación de los dolores. También se ha presentado en ellas la fase negativa.

Esto decía entonces y en realidad poco hay que añadir, pues perseverante en mis esperanzas, he empleado no solo la Vacuna Z ya citada sino las de Nicolle y Blaizot, las polivalentes, las de los laboratorios Mulford Leederlee; autógenas, filacógenos, sueros, etc., etc., y aunque los beneficios han sido en muchos casos positivos, no se ha obtenido la apetecida curación en otros, lo que hizo que las cosas se orientasen por otros derroteros sin por ello menospreciar los buenos efectos de sueros y vacunas.

El otro medio que ha marcado una orientación moderna y que quizás llegue a ser definitiva es la aplicación de la TERMO-PENETRACION, TRANSTERMIA o DIATERMIA.

No es una idea nueva, pues impresionados los observadores por la supresión de los flujos gonocócicos en los estados febriles (orquitis, enfermedades intercurrentes, etc. etc.) supusieron que el calor podía destruir la vida del Gonococo y sus acompañantes siempre que fuera posible llevar a las reconditeces donde se albergan, el calor en una u otra forma y así vemos que Luys en 1905, Fulton y Frank idean aparatos que desechan por impropios; que el americano O'Weiss intenta el baño general sobrecalentado hasta que la temperatura del cuerpo tomada en la boca alcanza la cifra de 42o. centigrados; método desechado prontamente por sus peligros (colapso, hemorragias cerebrales, lesiones congestivas viscerales, etc. etc) ; que se intenta conseguir la elevación de temperatura por medio de la inoculación de productos sépticos como el Streptococo y otros métodos que exponían a suprimir la blenorragia... y a la vez al enfermo; más tarde se llega a la ideación de sondas calentadas regulando mecánicamente la temperatura por medio de catéteres termógenos obteniendo éxitos aislados como Fulton en 1912 publicando 3 casos de curación de la blenorragia de un modo abortivo obtenida en tres sesiones y curaciones de casos crónicos en ocho sesiones de media hora a una de duración con un aparato de circulación de agua caliente.

Más tarde, en el 4o. Congreso de la Asociación Española de Urología celebrado en Madrid en octubre de 1917, el Dr. Sánchez de Val (de Cartagena) presentó unos catéteres en forma de Beniqués susceptibles de ser calentados por medio de una corriente eléctrica modificación feliz de los calentados por agua; más aún así, estos procedimientos han fracasado pues no es lo mismo calentar un aparato introducido en la uretra matriz o vagina que estos mismos órganos ya que los centros termo-reguladores del organismo se oponen al calentamiento de los tejidos por irradiación por los mecanismos bien conocidos de vaso-dilatación, vaso-constricción, sudor, respiración, reflejo de huída por dolor, etc., etc., además la exactitud de calefacción de los catéteres es un tanto ilusoria por cuanto la parte del cateter en contacto con la mucosa uretral está a más baja temperatura

que la que no contacta y quedó en el exterior debido esto a que el calor provoca una congestión rápida e intensa de la mucosa con gran aumento de la cantidad de sangre que circula y la velocidad de la circulación; esta sangre enfría la superficie uretral de la misma manera que enfría al motor el agua que circula por el radiador de un automóvil, además el dolor impide llevar alto el grado de calor sin olvidar los perjuicios del cateter en lo agudo blenorrágico.

Y desechados estos procedimientos llegamos por fin a la Diatermia llamada también Transtermia o Termo-penetración.

?Y que es la DIATERMIA? Pues es la producción del calor en el organismo mediante el pase de una corriente de alta frecuencia y esta génesis térmica se diferencia esencialmente de los procedimientos puestos en práctica antes para llevar calor a los tejidos (como *termoforos, duchas de aire caliente, pelvitermos,* etc., etc.), en que la génesis del calor tiene lugar en el seno mismo de los tejidos que la corriente atraviesa; muy distinto por lo tanto de los aparatos generadores de calor en los que la electricidad no hace sino calentar una resistencia metálica que aplicada a la piel, uretra o vagina trasmite a los órganos de la pelvis (*matriz, uretra, próstata, vegiga, trompas, vexículas*) *exclusivamente por irradiación o por contacto el calor que produce* una corriente de pequeña tensión.

Una pequeña ojeada histórica nos hará conocer que tras los experimentos de Tesla, d'Arsonval y Hertz pasó desapercibida la acción termógena de la corriente de alta frecuencia, mejor dicho, no se creyó en la posibilidad de obtener resultados terapéuticos con ella; Zeyneck, Preis y de Beend, prepararon el camino para que Nagelschmidt en su clínica de Berlín pudiera demostrar prácticamente el valor del método y el aprovechamiento de las corrientes de Tesla para la producción del calor. Este con Rowarsehik, Sellheim y Keitler en Alemania, Amohilawsski en Rusia, Oudin y Bergonié en Francia; Calatayud, Piñerua y Decref en 1913, y en 1914 Recasens y Población (en Ginecología), Pérez-Grande y Navarro Cánovas (en las Gonococias masculinas) en España, han utilizado el método que hoy está en su apogeo científico y con las mayores esperanzas en su perfeccionamiento.

Un breve recuerdo físico que nos sirve para comprender siquiera sea de una manera esquemática lo que podríamos llamar con Población, Genealogía física de la corriente diatérmica, se hace indispensable para fijar la situación de la Diatermia con relación a la Electroterapia y deshacer el error de confundir la diatermia con la d'Arsonvalización. Si llamamos así a todas las aplicaciones terapéuticas de la alta frecuencia, la diatérmica no sería más que una modalidad de procedmiento de d'Arsonval, pero ni por los caracteres de la energía utilizada ni por el modo de empleo, ni por

sus indicaciones, son susceptibles de identificarse ambos procedimientos.

Así como cuando movilizamos un péndulo vuelve a ocupar su centro de equilibrio, pero sobrepasando antes por la inercia, dicho centro después de una serie de oscilaciones cada vez de menor arco hasta llegar al punto de reposo, así cuando se descarga un conductor, una botella de Leyden por ejemplo que tenga un hilo en la armadura exterior y otro en la interior, al aproximar estos hilos se produce una descarga (chispa) antes de llegar al contacto, pero el equilibrio entre la tensión eléctrica de ambas armaduras no se establece en seguida sino que sobrepasando la resistencia del aire, va como el péndulo, más allá y carga positivamente el polo que antes era negativo y entonces viene una descarga en sentido inverso dando lugar a una serie de oscilaciones llamadas "tren de Ondas" con inversión alternada de la polaridad del condensador. La amplitud de estas oscilaciones eléctricas disminuye por que parte de la energía eléctrica se emplea en vencer la resistencia del aire, y se transforma en calor que volatiliza partículas hasta la incandescencia haciendo que veamos la chispa luminosa; otra parte de la energía se trasmite al éter ambiente y propagándose en todas direcciones da lugar a las famosas Ondas Hertzianas o irradiaciones electro-magnéticas; pero estos factores determinan una pérdida de energía que se llama amortiguamiento y para evitarlo, ya que no sería utilizable en terapéutica de ser así, se unen los polos a los de un transformador que eleva suficientemente la tensión, pero hay que esperar un corto espacio de tiempo para la nueva carga y para el enfriamiento del aire entre las dos armaduras, espacio de tiempo en que no hay oscilaciones que da lugar a un intervalo o silencio eléctrico: Era necesario acortar este silencio con objeto de producir el número mayor de oscilaciones o tren de Ondas y WIEN sustituye los conductores terminados en punta de TESLA o en esfera de d'ARSONVAL por discos metálicos de gran superficie separados por una fracción de milímetro de distancia produciéndose así no una sola chispa grande y sonora como en el *apto* de d'Arsonval sino una serie de pequeñas chispas que repartidas en la superficie de los discos favorecen el enfriamiento y por lo tanto la nueva carga, dando cada una de estas chispas origen a un tren de Ondas muy amortiguadas; se hubiera pues, obtenido un efecto opuesto al deseado si no se utilizara otra propiedad de la Alta frecuencia, que es, la de inducir este circuíto oscilante influenciando a otro circuito oscilante que tiene una pequeña resistencia *Ohmica* derivando un largo tren de ondas aun terminado el impulso excitador del primer circuito. Este principio de resonancia eléctrica es el que se aprovecha en radio-telegrafía haciendo que la antena trasmisora oscile sincrónicamente con el circuito primario de alta frecuencia: En Diatermia, *la antena está reemplazada por el cir-*

cuito secundario o terapéutico de la alta frecuencia y como en él intercalamos el organismo que tiene una gran resistencia Ohmica no puede estar sintonizado o acorde con el primario o excitador. De aquí que las oscilaciones eléctricas que en el organismo penetran se amortiguan tanto en su interior, que desaparecen como electricidad y se transforman en calor.

Por lo tanto las corrientes están caracterizadas físicamente por que las oscilaciones que la constituyen se obtienen mediante la producción de pequeñísimas chispas o micro-chispas extinguidas o apagadas cada una de las que representa un impulso productor de un tren de Ondas. Estos impulsos alcanzan la cifra de 20.000 por segundo, están separados por muy cortas pausas y la corriente de alta frecuencia que originan en el circuito inducido es de poca tensión en tanto que la intensidad es de tres a cuatro amperios.

Sucede pues al contrario de la d'Arsonvalización en que la corriente es engendrada por chispas grandes hasta de 25 centímetros, sonoras, con gran ruido molesto, chispas a largos intervalos (no más de 100 por segundo); la corriente de d'Arsonval es de muy alta tensión.

Si la corriente de Diatermia *produce en alto grado calor a su paso por los tejidos* es porque no ocasiona los habituales efectos de la electricidad; ni reacciones electrolíticas apreciables, ni fenómenos de excitación nerviosa ni muscular. La acción fisiológica está explicada por que transportada la corriente en el organismo por los *iones* que no pueden dirigirse al polo de opuesto nombre al de su carga, por el cambio tan rápido de dirección que se verifica en la corriente de alta frecuencia como de un millón de veces o más, por segundo, no permiten que se acumulen los *iones* solicitados alternativamente por fuerzas iguales y quedan oscilantes sin producirse reacción química alguna sino solamente una contínua vibración molecular.

Se ve por lo tanto que la electricidad que entra en el organismo en forma de corriente diatérmica, no se transforma en energía eléctrica de otra clase, ni en energía química; pero esta energía que no puede perderse (según el principio de Mayer) origina en cambio un trabajo mecánico molecular que es el que engendra el calor por el choque de los *iones* entre sí y con los átomos neutros. El calor de diatermia es calor de resistencia conocido en física por calor de Joule pero llevado a su más alto grado y sin que dé lugar a efectos electrolíticos ni de excitación sensitiva ni motora lo que fatalmente sucedería si se emplease la corriente galvánica o farádica para producir este calor. Es pues, la diatermia un proceso de degradación de la energía eléctrica transformada en térmica, siendo el organismo, el transformador.

La prueba de que el calor pasa íntegramente a los tejidos profundos

se puede obtener fácilmente. Si en una mujer colocamos un electrodo en la regió^n abdominal y otro en la lumbosacra e introducimos un termómetro, en el recto, en la vagina, matriz o en la vegiga, veremos como asciende la columna con rapidez en armonía con la intensidad de la corriente. Otro modo sencillo es colocar un pequeño cilindro mezcla de cera y parafina cuyo punto de fusión sea de 41° a 42° centígrados y que contenga en su interior una pequeña cantidad de azul de metileno, en el interior de la matriz a modo de un pequeño lápiz intrauterino y hacer pasar la corriente: al cabo de cierto tiempo puede verse en la vagina la mancha del azul puesto en libertad.

Según los trabajos de Nagelschmidt es un hecho establecido que la piel ofrece al paso de la corriente diatérmica una resistencia mucho *menor* que para las otras formas de electricidad la energía eléctrica marcha de uno a otro electrodo atravesando directamente los tejidos interpuestos los cuales se cargan en la misma intensidad que la piel sin otras variaciones que las dependientes de su diversa conductibilidad; si los electrodos están paralelos y son de las mismas dimensiones los tejidos calentados constituyen un prisma o cilindro limitado por las líneas llamadas de flujo que aquí son paralelas, si un electrodo es más grande que otro la acción del calor se manifiesta en forma de una pirámide truncada; la hipertermia es mucho mayor en las proximidades del pequeño electrodo por lo cual este debe colocarse siempre lo más cerca posible del órgano enfermo. En las afecciones ginecológicas, en la vagina, en la línea media o desviado según los anejos afectados estén más o menos prolapsados en el fondo de saco de Douglas. En el hombre, en el recto, adosado lo mejor posible a la próstata.

Claro es que si no fuera posible *dosificar* el calor, la diatermia no tendría aplicación práctica ya que los tejidos tienen un límite de tolerancia que no es posible traspasar sin peligro. A los 52 o 55 grados centígrados comienza a producirse la destrucción de la molécula albuminoidea y más allá de esta temperatura la carbonización orgánica es total. A primera vista parece que siendo la diatérmia calor de resistencia podría resolverse el problema aplicando la ley de Joule mediante la cual *el calor producido es directamente proporcinal al cuadrado de la intensidad de la corriente a la resistencia y al tiempo* pero..... en el organismo que es el factor resistencia es muy variable por la masa de tejidos, por estar estos con contenido acuoso, por modificarse la resistencia de cada índole de tejidos con la misma temperatura, etc., etc., así pues cantidad de calor y calentamiento no son sinónimos y en la práctica el organismo defiende sus secretos para el que intenta sorprenderlos y acumula dificultades, de aquí que no se pueda hablar en Diatérmia de

dosis matemáticas a pesar de tablas más o menos sugestivas propuestas por algunos fisio-terapéutas, pues son inútiles y a veces peligrosas y hay que recurrir a la clínica con su observación comparativa procediendo por tanteos para fijar la dosis terapéutica teniendo en cuenta los factores siguientes:

1o.—*La intensidad de la corriente*: el calor aumenta proporcionalmente al cuadrado de la misma: Si aumentamos la intensidad de un amperio a dos la termogénesis no es doble si no cuadruple.

2o.—*La densidad* de la corriente o sea la relación entre la intensidad y el tamaño de los electrodos: a mayor electrodo (de no variar la corriente) menos cantidad de corriente eléctrica penetra por cada centímetro cuadrado de superficie y por tanto menos calor: aumentando el tamaño de los elctrodos aumenta la masa de tejidos interpuestos y por tanto menos elevación térmica.

3o.—*Tiempo que dura la aplicación*: Si no hay irradiaciones por conductibilidad o por el movimiento sanguíneo en el vivo la temperatura aumenta constantemente aproximándose al límite de tolerancia física.

4o.—*Sensibilidad diatérmica de los enfermos*: La piel se calienta siempre más que los órganos profundos de suerte que cuando el enfermo aqueje molestia o dolor disminuiremos la intensidad de la corriente para prevenir de este modo la producción de una quemadura.

TECNICA DEL EMPLEO DE LAS CORRIENTES DIATERMICAS

A:—En el hombre:

Recordemos que el principio fundamental de Diatérmia es colocar los electrodos en forma que ambos con el órgano diatérmizado formen una línea recta para obtener así un cilindro o pirámide de tejidos, que pueda ser atacado por el calor y buscar el que el gonococo infiltrado en ellos sufra una temperatura de 38° 5 centígrados a la cual languidece, y la aumentamos a 40, 41 y 42 a la cual muere de un modo positivo. Un electrodo en la región sacra y otro en el pubis parecería por lo tanto natural para atacar las gonococias, de las vexículas y cistíticas, pero la masa es muy grande, más, si se trata de un sujeto grueso y por lo tanto es preciso buscar la manera de aproximar los electrodos:

Al efecto hay construídos rectales, uretrales y testiculares, pero desechamos estos últimos para valernos solamente del rectal modificado en forma cilíndrica con su aplanamiento en la cara superior que se introduce en el recto y otro plano que se aplica al pubis, a la uretra o a los testículos, dando de lado a los en forma de bozalillo, etc., etc. que complican innecesariamente el asunto.

TECNICA EN LAS URETRITIS:

Colócase al enfermo sobre la mesa en decubito supino: el electrodo prostático vaselinado se introduce en el recto, por su parte metálica hasta el aislador de ebonita de modo que el aplanamiento corresponda a la región: se coloca el pene sobre el vientre y con los testículos elevados se aplica el electrodo pubiano, placa alargada en forma de canal que se humedece con agua salada y se adosa bien e inmoviliza haciendo pasar la corriente. Conviene afeitar el pubis y modificar en sesiones sucesivas la situación del electrodo pubiano para atacar bien la uretra anterior y la raiz del pene. Diatermizaremos 1o. la porción posterior con el electrodo prostático y otro de forma oval que colocaremos en el rafe perineal por detrás del escroto: Después pasamos a la uretra anterior colocando el electrodo ancho de forma de canal y de unos 8 cm. a 12 de largo por 6 de ancho sobre la uretra en toda su extensión colocada sobre el pubis. Suprimimos por innecesario y dificultoso de colocar en línea recta con el electrodo inferior el de forma de bozalillo metálico dividido en dos mitades unidas por una charnela relleno de esponja de caucho para comprimir suavemente el balano.

TECNICA EN LAS PROSTATITIS

Un electrodo prostático y otro pubiano de 30 a 40 cm. ancho previamente humedecido en agua salada es lo aconsejado de ordinario, pero se obtienen mejores resultados con el electrodo pubiano más pequeño que permite diatermizar más intensamente una pirámide de tejidos más pequeña: Lo principal es colocar los electrodos en buena línea para que la corriente diatérmica actúe sobre todos los tejidos invadidos por el gonococo. En general la técnica es la misma, cuidando de cortar la corriente antes de retirar los electrodos para impedir una chispa causa de quemaduras. Resumen de la operación: El enfermo se acuesta en decubito supino. Se embadurna el electrodo prostático con vaselina y se introduce en el recto. Las últimas modificaciones hechas por el Dr. Pérez-Grande en este electrodo permiten alinearlo mejor y que el enfermo no tenga que sostenerlo y que tampoco se salga. El electrodo pubiano se coloca encajando el miembro en la canal y adosándolo al pubis sujetando todo con una banda de franela. Se cubre con una manta de amianto, lana o algodón algo en fin mal conductor para evitar la irradiación y se da paso a la corriente: El tiempo invertido en cada sesión es de 20 minutos a media hora. Puede prolongarse sin inconveniente hasta 40 minutos. Y aun dar dos sesiones diarias en algún caso.

Los resultados son los siguientes: Desde la primera sesión se calma el dolor local al orinar, el pus se reduce en cantidad y lo que es más importante se aclara quedando reducido en las sesiones sucesivas a una humedad del meato (carácter es este que precede a la curación). Además las ventajas del procedimiento pueden condensarse en los siguientes puntos:

1o.—Comodidad y ningún dolor por parte del enfermo.

2o.—No hay que administrar ningún medicamento ni otro tratamiento de ningún género.

3o.—Tratamiento más corto.

4o.—Evita cicatrices y lesiones de mucosa y por tanto las estrecheces, porvenir pavoroso de los blenorrágicos.

5o.—Es más segura la curación.

6o.—Carece de peligro de propagación a otros órganos.

Por mi parte puedo afirmar que he visto casos notables de curación rápida en 8 sesiones desapareciendo las molestias por completo desde la segunda sesión. Que en las complicaciones blenorrágicas prostatitis cowperitis, litrítis, etc., el resultado ha sido por completo favorable. En un caso de gota matinal que había resistido a los más diversos tratamientos (como dilataciones perseverantes con Beniques y Kollman, masages prostáticos, vacunoterapia, operación de Thomas) y que llevaba 18 años desapareció la gota a la duodécima sesión.

EN GINECOLOGIA

Los electrodos que se emplean son láminas de plomo de 15 cm. por 15 cm. que portan en el centro o extremos el tornillo para fijar el cable trasmisor: En mujeres delgadas puede colocarse uno en el sacro y otro en el abdomen fijándolos con bandas y procurando que se correspondan abarcando en su área los órganos afectados, matriz anexos, etc., que se han determinado por el tacto bimanual. Tratándose de parametritis o anexitis prolapsadas al Douglas lo mejor es hacer uso de los electrodos vaginales que se sostienen por sí solos no ocupándose más que de fijar el abdominal con banda de franela o goma. En las enfermas con exudados se puede colocar en el recto el electrodo inferior.

La cantidad de corriente es variable para cada caso, más, muy pocas veces se traspasa la cifra de 2½ amperios: si la sesión es larga, entre uno y ½ y dos, basta. La sensibilidad de la mujer y su tolerancia al calor nos da la norma de rebajar o aumentar la intensidad. La duración de la sesión aconsejada generalmente entre 10 y 15 minutos, no hay inconveniente en prolongarla a 20, 30 y 40 minutos y aun en repetir las sesiones

diariamente: Conviene que haya transcurrido 3 horas desde la última comida, y una precaución importantísima es *no separar los electrodos* antes de interrumpir por completo la corriente por que de lo contrario se ocasionarían al saltar la chispa dolorosas quemaduras. En cambio si se suspende bruscamente la corriente urbana no ocurre nada de particular salvo que no hay calor.

El mejor resultado obtenido en las ginecopatías tratadas por la Diatermia corresponde a las Salpingo-ovaritis y metritis gonocócicas lo mismo en casos agudos que en los sub-agudos y crónicos. Ciñéndome a los términos del tema no quiero hacer un estudio de las demás afecciones no gonocócicas susceptibles de beneficiarse con el tratamiento diatérmico; citaré solo las lesiones de origen puerperal, las ovaritis tróficas, las parametritis crónicas; claro está que estas y otras múltiples afecciones tienen sus indicaciones que no son de este lugar indicar.

Estas son, señores, a grandes rasgos, las orientariones más importantes en el tratamiento de las afecciones gonocócicas en los dos sexos. Los resultados obtenidos hacen creer que nos hallamos en una via buena que es preciso seguir con entusiasmo, perfeccionando la técnica y que quizá, no sea aventurado pensar que pueda llegar a un grado de perfeccionamiento que permita la curación completa de toda afección gonocócica.

FRACTURA DEL OMOPLATO

Por M. Guzmán Rodriguez, Jr.

ROENTGENOLOGO DE LA MAYAGUEZ & WESTERN POLYCLINIC.

Las fracturas del omoplato son sumamente raras, siendo innumerables los médicos que después de una práctica quirúrgica activa no han visto una fractura de dicho hueso. Las del cuello son aún más raras, tanto que Erich, citado por Knox en su última edición, dice que en los museos de Londres no existen especímenes que atestigüen la existencia de tales fracturas. Riefel, citado por Le Dentu, habla de catorce casos a que se refiere la literatura de su tiempo. Tillau también habla de esas fracturas como una rareza de la clínica quirúrgica y para Keen no tienen importancia por la misma razón. Scudder cree que las fracturas del cuello son rarísimas (most unussual). Soto Rivera, ha tenido en su servicio roentgenológico del Auxilio Mútuo, una fractura del cuerpo del omoplato. No se de ningún otro caso que haya sido reportado en Puerto Rico.

A mi departamento de Roentgenología de la Mayagüez & Western

Polyclinic, fué recomendado por el Dr. Perea Fajardo, el caso del Dr. N. L. Soto, casado, administrador de la Planta Eléctrica de San Germán, el día 29 de marzo a las ocho de la noche, con la historia de que una volanta de 35 se había desprendido y le había producido una contusión sobre el omoplato izquierdo. El hombro izquierdo deformado, edematoso, no permitía manipulación alguna, y por lo tanto, no había posibilidad de establecer un diagnóstico clínico.

La placa radiográfica indica en primer lugar, un trayecto de fractura del cuello anatómico comprendiendo la cavidad glenoidea. En segundo lugar, se nota un trayecto de fractura que comprende la apofisis

coracoidea y que termina en el borde axilar, en su parte media. En tercer lugar, se hace notable un trayecto que comienza hacia el lado interno del apofisis coracoidea en el borde superior y que termina en el borde espinal en su parte inferior.

Someto este trabajo a la consideración de mis compañeros, siendo como es, el diagnóstico roentgenológico de las fracturas, campo harto trillado, por tratarse de un aspecto patológico de ocurrencia extremadamente rara.

REFERENCIAS:

Rieffel-citado por Le Dentu-Cirugía Clínica y Operatoria.
Tillaux—Tratado de Cirugía Clínica.
Knox—Radiography & Radiotherapy.
Scudder—Treatment of Fractures
Soto Rivera—Comunicación Inédita.

CIERTAS OBSERVACIONES SOBRE LA PROFILAXIS VENEREA (1)

Por V. Hernández Usera, B.S., M.D. Lt. M.C. U.S. Navy

Distinguidos compañeros:

Cuando el comité organizador, por medio del Dr. Ashford, tuvo la cortesía de invitarme y concederme el privilegio de leer este trabajo ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, yo permanecí indeciso. A la verdad, me decidí inmediatamente a darles las gracias por su cortesía y a disculparme por no contribuir a dicho acto como miembro activo de esta asamblea, pues yo no me considero digno de vuestra atención. Pero después de meditar un poco, pensé que, al menos, podía dar a conocer ciertas observaciones acerca del problema de la profilaxia venérea tal como se practica en el servicio naval al cual pertenezco. Estas observaciones las considero muy interesantes, puesto que ellas están basadas en una profilaxia venérea obligatoria, al mismo tiempo que sus datos son obtenidos después de un examen semi-confidencial, acerca de las circunstancias relativas a la infección.

La profilaxia venérea existe desde tiempo inmemorial. *Herodotus*

(1) Comunicación presentada ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico. Dbre. 1921.

dice que, "en Babilonia, después que el marido tenía contacto sexual con su esposa, ambos se incorporaban colocándose ante un incensario, para prevenirse de todo peligro. Al amanecer ambos se bañaban, pues ellos jamás tocan un vaso sin bañarse". La circumsición fué ordenada por Moisés 1500 años antes de Cristo, pues era más fácil preservarse limpio sin prepucio. En el siglo XIV *Van Salicet de Verona* hizo la primera recomendación profiláctica que consistía en lavar bien el miembro con agua fría. Y su discípulo *Lancfranc* fué el primero en recomendar como medida eficasísima, orinar inmediatamente después del cóito. *Erasmus de Rotterdam* tomó también medidas más drásticas, abogando por el uso de mascarilla, el aislamiento de los enfermos, la abolición del matrimonio, la castración de las personas infestadas, la clausura de las Iglesias y por último, la cremación pública de los infestados. *Fallopius* en 1560 ideó un protector de hilo muy fino, impregnado con con varias substancias antisépticas, el cual fué el precursor del condón, diseñado por *Canton de Londres* en 1651. *Fordyce* recomendó en 1758 el nitrato de plata, como primer antiséptico medicinal. *Guilbert de Preval* recomendó en 1779 una solución de bicloruro de mercurio en agua de cal para uso externo y para irrigaciones. El demostró sus experimentos en una prostituta enferma, lo cual le valió ser expulsado de la Facultad de Medicina de París.

Durante el transcurso de varias décadas, curanderos y charlatanes especularon con múltiples medidas profilácticas, sin valor alguno, hasta que en 1879 *Neisser de Breslaw descubrió el gonococo* y desde entonces varios investigadores han estudiado diferentes formas para combatir el mal, pero todas ellas inspiradas o basadas en los principios o ideas de nuestros antecesores.

En el servicio naval, desde el momento en que un hombre se enlista se le instruye en cuanto se refiere a la infección de enfermedades venéreas, a los peligros a que puede exponerse, lo mismo que a las consecuencias de la enfermedad. También se le instruye en su profilaxia. En todas las estaciones en tierra, como también a bordo, cuando un hombre retorna, si él ha tenido contacto sexual, está obligado a presentarse en la enfermería, para utilizar la debida profilaxia. Entonces inscribe su nombre en una libreta que para dicho objeto se halla en sitio conveniente, haciendo constar su rango o clase, hora en que ha tomado el tratamiento, y tiempo (en horas y minutos) que han transcurrido desde el cóito. Si un individuo contrae enfermedad venérea sin haber utilizado la profilaxia, es entonces castigado por desobedecer las órdenes existentes. La profilaxia consiste en lo siguiente:

(a) Orinar inmediatamente después de cóito.

(b) Tomar un baño de ducha, aseando con agua y jabón particularmente los órganos genitales, y especialmente los pliegues de la piel donde puedan albergarse microbios.

(c) Inmersión del pene en una solución antiséptica por espacio de cinco minutos.

(d) Irrigación de la uretra con la solución profiláctica, reteniendo la misma cinco minutos.

(e) Aplicación de unguento mercurial al 30% en el órgano, según el método de *Metchnikoff.*

Este sistema de profilaxia es usado con casi la misma regularidad en todo el servicio, pero hay, sin embargo, ciertas modificaciones, sobre todo en los antisépticos que se usan, según el juicio y punto de vista de los diferentes oficiales médicos.

A un individuo que se halla bajo tratamiento de enfermedad venérea no se le concede licencia ni permiso para salir, y de este modo se impide por lo menos que esta persona sirva de vehículo para la propagación de la enfermedad. Al mismo tiempo, este sistema facilita el tratamiento, pues de ese modo se abstiene al enfermo de toda excitación sexual. Se obliga además a usar un inodoro reservado para esta clase de pacientes. Sus prendas privadas de vestir son hervidas antes de mandarlas al lavado, y si se trata de un luético activo o infeccioso, se le separa los cubiertos para comer.

Tenemos vasos higiénicos de papel individuales, con los cuales se elimina el peligro de contraer lues, como a veces sucede utilizando el vaso de beber común. Si fuere necesario mantener en cama al enfermo a causa de infección venérea, no percibe paga alguna mientras no esté en condiciones de trabajar.

En el estudio de la profilaxia venérea, debemos analizar la manera de adquirir la infección, o sea el mecanismo que origina la misma. "La uretra es un pasaje existente en potencia, pero no real. ¿De qué manera ocurre entonces la infección en el acto sexual?" Esta observación, hecha por el Teniente Comandante del Cuerpo Médico de la Real Armada Española, el Señor Doctor Don Joaquín Sánchez Gómez, es ciertamente digna de un estudio detenido, pues si nosotros consideramos que la uretra no es un canal y si un pasaje, y este solo en potencia, y que, únicamente se convierte en un canal en el acto de la eyaculación del semen, en el momento de la micción, o cuando se distiende o dilata con irrigación profiláctica, o con la del tratamiento, debemos también considerar que la eyaculación del semen, y la emisión de la orina, han de expulsar en absoluto cualquier substancia extraña que se encuentre en el canal uretral; y precisamente, por estas razones aconsejamos la micción inmediatamente

después del cóito. ¿Pudiera ser posible que al tomar la irrigación profiláctica se penetrara más la infección en la uretra? ¿No sería más recomendable hacer simplemente un lavado del glande y meatus en lugar de la irrigación? Yo no puedo asegurar que sea del todo eficaz, pero si la considero conveniente, y hasta puedo dar fé de los buenos resultados que con dicho sistema he obtenido, según mis observaciones en la Estación; por lo cual creo que este es un punto digno de estudiarse con sus correspondientes "Testigos", para obtener de esta manera datos positivos. El gonococo no avanza, tan rápidamente para que pueda introducirse en la uretra en el corto instante de la eyaculación, o sea cuando el pasaje se convierte en un canal, pues tendría que ir contra la corriente.

Sánchez Gómez en sus experimentos escogía a los miembros de la tripulación menos escrupulosos en su aseo personal, y los obligaba a que se presentasen después de haber tenido contacto sexual, con objeto de tomar muestras y examinarlas detenida y convenientemente teñidas, y de esta manera encontró el gonococo en las muestras tomadas del glande, de la corona, del frenillo, así como también del labio uretral, pero lo más curioso fué que pudo encontrar el gonococo en la fosa navicular hasta el tercer día después del cóito, en los casos en que subsecuentemente se produjo la gonorrea.

La sífilis comienza desde el mismo momento en que el "treponema pálido" entra en los vasos linfáticos y sanguíneos. Si una persona se expone a la infección y tiene grietas, aberturas o rajaduras en la piel, bien sea en los órganos genitales, o ya en los extragenitales, y si este punto abierto se pone en contacto con un órgano o parte luética infestada, entonces el treponema logrando su acceso por los vasos linfáticos o sanguíneos, origina la enfermedad de tal manera, que no hay medicamento profiláctico externo en el mundo que nos proteja contra la infección, a no ser que la persona en cuestión tuviese la avenida de entrada para la infección cubierta a priori con unguento mercurial, y aun en este caso sería dudoso.

Nuestras estadísticas en el servicio, desde que el sistema de profilaxia fué impuesto, demuestra una marcada declinación en la ocurrencia de enfermedades venéreas en general.

Los casos venéreos admitidos en 1910 fueron 190 por 1000; en el año 1911, el primer año de profilaxia se admitieron 175 por 1000; en 1913, 145 por 1000; el 1915, 150 por 1000; el 1917, 85 por 1000; el 1918, 45 por 1000; o sea una cuarta parte del total de casos venéreos admitidos en el año 1910, cuando todavía no se utilizaba la profilaxia.

La ocurrencia de enfermedades venéreas en general ha sido bastante reducida, y el número de casos de gonorrea ha sido disminuído también, de 185 casos por 1000, en 1910; a 80 casos por 1000 en 1918. Los casos

de chancroides admitidos fueron 30 por 1000 en 1918, en comparación a 60 por 1000 el 1910. La ocurrencia de sífilis, sin embargo ha sido reducida muy poco: De 20 casos por 1000 admitidos en 1910, a 18 casos por 1000 admitidos el 1918. Todo lo cual viene a demostrar que nuestros métodos de profilaxia venérea son satisfactorios para .combatir la gonorrea y la infección de Ducrey, pero dejan mucho que desear en lo que se refiere a la prevención de la sífilis.

De lo que he dicho deduciremos que las infecciones Neisserianas y de Ducrey se pueden reducir a un mínimo insignificante, simplemente con el aseo o higiene personal, y que el problema de la sífilis es el único que queda por resolver del gran problema de los tiempos modernos, debido a la posibilidad de que toda persona tenga una erosión en la piel, de naturaleza tan microscópica, que no se pueda descubrir a simple vista y que por medio de estas escoriaciones o grietas la espiroqueta logre su acceso a la circulación, a pesar de todo medicamento externo. En este caso, sobre todo si nosotros tenemos conocimiento de la naturaleza infecciosa de cualesquiera de las partes, entonces el único y verdadero preventivo sería la administración intravenosa de neo-arsfenamina en tres dosis máximas, a intervalos de dos días. Este método, sería muy práctico y aplicable a los cirujanos que, en el curso de una operación a un paciente luético accidentalmente se pincharen en un dedo con la aguja.

Yo creo que la profilaxia venérea podría usarse con éxito por nuestros colegas en la práctica civil, si estos influyeran en los pacientes, demostrándoles el verdadero mérito de estos métodos, pues con algunos ejemplos vivos acerca de los magníficos resultados obtenidos con estos procedimientos, los legos verían la verdadera luz y actuarían de acuerdo.

NOTAS CLINICAS

COMUNICACION DE UN CASO DE LITIASIS EN LA URETRA MASCULINA

Diego Biascoechea, M.D.

Deseamos dar a continuación una relación suscinta de un caso de litiasis en la uretra masculina, que, a pesar de nuestras informaciones sobre el asunto, no nos ha sido posible duplicar su hallazgo en la literatura médica, sobre todo, si tenemos en cuenta el tamaño del cálculo y la posición que el mismo ocupaba en la uretra del paciente.

He aquí la historia del mismo:

O. M. de cuarentiseis años de edad, casado y natural de Toa

Baja, blanco de color. La historia de familia carece de interés especial en este caso.

La historia pasada reza como sigue:

Tenía nueves años cuando fué al rio a bañarse, y al arrojarse al agua, tuvo la sensación de que algo se le había desprendido de la vejiga y que desde esa fecha, la dificultad de emitir las orinas se acentuaba cada día, no tardando en aparecer los trayectos fistulosos por donde eliminaba aquellas, notando además, pari-pasu, el aumento de volúmen y la sensación de cuerpo extraño del cálculo, que fué adquiriendo la forma y el tamaño que demuestra al presente.

Fig. No. 1. —Vista lateral del caso con exposición de un trayecto fistuloso lateral y volumen del cálculo,

La historia actual, está incluída dentro del resultado del examen físico, a cuyo hecho se debe, la presencia de este paciente en la enfermería de la Penitenciaría, para ser operado en la uretra con el objeto de corregir los cinco trayectos fistulosos que comunican aquella con el exterior.

El examen físico de este caso nos revela a un hombre blanco de mediana estatura, mal nutrido, con un cuerpo extraño, duro, voluminoso, del tamaño de un huevo de gallina, y que presumimos sea un cálculo que ocupa toda la uretra anterior y cuya presencia ha determinado la formación de cinco pasajes fistulosos que unen la uretra con el exterior, desempeñando éstos las funciones de meatos, habiendo sido causa de la obliteración completa del meato normal.

Diagnóstico:—Litiasis uretral.

Fig, Nc. 2.—Vista de frente con exposición de cuatro trayectos fistulosos y volumen del cálculo.

Tratamiento:—Intervención quirúrgica bajo anestesia general, llevándose a cabo la uretrotomía externa, extrayendo un cálculo por la misma incisión, del tamaño de un huevo de gallina. Además se hizo una resección de las fístulas y se formó una nueva uretra con parte de la mucosa que entraba en la formación del saco en donde estaba alojado el cálculo. Se dejó una sonda permanente.

Curso post operatorio:—Dos semanas después de la operación el paciente ha seguido perfectamente bien con completa cicatrización de las fístulas existentes antes de la operación, y reconstrucción de la uretra.

El cálculo pesa 55 gramos y mide dos pulgadas y cuarto de largo por una y media de ancho.

Hasta donde nos ha sido posible, no hemos podido encontrar en la literatura médica, ningún caso que se asemeje a éste, en cuanto al tamaño del cálculo y a la posición que ocupa éste en la uretra.

Fig. No. 3—Aspecto del cálculo. Tamaño natural.

SIR PATRICK MANSON

Después de cerrada nuestra última edición de Abril recibimos la noticia de la muerte del sabio Sir Patrick Manson, padre de la Medicina Tropical. tal como la concebimos hoy, esto es, como un ramo distinto y especializado de la Medicina.

Esta rama de la Medicina al igual que la escuela de Medicina Tropical más antigua de Inglaterra deben a este luchador infatigable sus existencias y sus esplendores. Coincidencias providenciales llevaron a este hombre cumbre, a vislumbrar el campo inexplorado de las enfermedades de los países cálidos, empezando su labor por aquel camino que siempre seduce a todo el que se asoma a la ventana del trópico, esto es, el de la filariasis. Como siempre, repetida la historia; los hombres dogmáticos y académicos de aquel entonces, recibieron con frialdad el resultado de la labor nueva de este modesto principiante en aquellos años primeros de su carrera, y aun más, sus descubrimientos fueron mofados por alguno que otro.

A pesar de las afecciones que como secuela de una lesión que en sus primeros años recibiera en la espina dorsal, que tal vez invalidarían a otras personas que no fueran de su temple, no parecían ejercer el menor descenso en su fiebre de investigaciones, y por el contrario unidas estas a ciertas estrecheces económicas momentáneas obraron siempre como acicates y agigantaron más sus energías y los frutos de su talento de investigador antes que influyeran como obstáculos en el camino por él trazado y al cual había ya dedicado sus mayores energías. Estas circunstancias contrastan muy fuertemente con aquellas otras que determinaron el cambio de profesión que se efectuó en él al principio de su vida de estudiante, pues había ya empezado sus estudios de ingeniero cuando su vocación por la medicina, felizmente, hizo cambiar rumbos plegando velas para empezar la carrera donde su figura aparece evangelizadora y profética.

Cuando el fruto de sus obras sea pasado a través del tamiz de los tiempos y sedimentado todo este mare-magnum de investigaciones y luchas incipientes de nuestra ciencia, y se constituya la base inamovible de sus principios, veremos como aquellos que trajo a la luz meridiana, este Sir Patrick Mason, seguirán orientando y continuarán siendo bases.

La ciencia ingénua, verdad, la que busca el engrandecimiento del todo y no de una parte, está de luto. ¿Quién recogerá y hará levantar la antorcha?

A. M. A.

REVISTAS DE REVISTAS

SECCION DE MEDICINA GENERAL

El cloruro de ca cio a dosis elevadas en el tratamiento de las afecciones inflamatorias de las serosas. Monitor Terapéutico No. 4 Abril a Mayo. S. Bhum Prese Medicale.—Marzo 1922.

Advierte el autor que el uso de esta droga a 15 gramos por día como dósis mínima y aumentándose hasta 30 gramos induce a la reabsorción de los derrames en las serosas de una manera sorprendente, algunas veces, y sobre todo si a la medicación se añade el régimen dietético declorurado al sodio o disminuída la ingestión del cloruro de sodio a su mayor grado.

La dieta ha de consistir en huevos, legumbres, frutas, carne, frutas cocidas, poca leche, caldo de legumbres. Esta dieta se arreglará según el caso y el estado de la enfermedad.

Aduce el autor que sin la presencia de sodio la inflamación no puede seguir su curso y por tanto la presencia del cloruro de calcio disloca la melécula de sodio y arrebata a la inflamación sus medios de progresos por medio de la acción del cloruro de calcio. Indica que todo el mecanismo de este funcionamiento depende de la dislocación de los iones de sodio y su reemplazamiento por los de calcio.

OTITIS EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS

Presse Medicale.—Robert Leroux.
(Extractado de la Revista de los Laboratoaios Ibero Americanos.)

Muchos casos se diagnostican solamente cuando la presencia del pus por el meato llama la atención del médico. Es deplorable que esto así suceda por falta de mayor atención a los oidos, teniendo en cuenta que por regla general, en todo recién nacido hay una otitis latente pudiéndose infectar los oidos desde la primera inhalación. Aconseja el autor hacer la desinfección nasal inmediatamente después del nacimiento y días sucesivos y sobre todo cuando se producen síntomas cuya causa se desconoce, con una solución de glicerina argirolada al 10 por ciento a dos o tres gotas en cada nariz y para el oido una solución de ácido fénico al 1 x 20 usando uno gota en cada oido. Deberá evitarse cuando mame el nene, la posición de cabeza que favorece la entrada de la leche y mucosidad en la cavidad del tímpano.

SECCION DE SANIDAD E HIGIENE

EPIDEMIOLOGIA

Estado actual mundial de las zonas invadidas por el Cólera, Peste Bubónica, Viruela, Tifus Exantemático y Fiebre Amarilla. Reporte de la Semana que terminó el 2 de junio.

Public Health Officer--Vol. 37--No. 32--1922.

Cólera:—Rusia, Provincia de Ukrania.

Peste Bubónica:—Egipto, India, Java, Siria.

Viruela:—Asia Menor, Brasil, Africa Inglesa, Oriental, Canadá, China, Chosen, Cuba, Santo Domingo, Egipto, Finlandia, Grecia, Haití, India, Japón, México, Polonia, Portugal, Africa Portuguesa Occidental, Rusia, España, Zonas del Canal de Suez, Turquía, Unión de Africa Meridional.

Tifus Exantemático:—Algeria, Argentina, Asia Menor, China, Czechoeslovakia, Egipto, Grecia, México, Palestina, Polonia, Portugal, Rusia, Siria, Unión del Africa Meridional.

Fiebre Amarilla:—Brasil, México.

DURACIÓN DEL PERIODO DE INFECTIVIDAD MALARICA EN LOS MOSQUITOS

Aruce Mayne— Public Health Officer—Mayo 5, 1922.—Vol 37—No. 18.

Al mismo tiempo que se investiga en este trabajo la duración del período de infectividad en el mosquito, también se creyó oportuno el incluir otro problema por el que han pasado y ejercitado sus entusiasmos los estudiantes de Sanidad e Higiene en todos los países volviendo a ser considerado cada vez con más ahinco; y este es el de la longevidad del mosquito; teniendo en cuenta los beneficios que la solución definitiva de ambos aparejaría sobre todo para la pauta a seguir en lo que concierne a la inmunización de los portadores de parásitos, así como también, a la regularización de las dósis inmunizantes de quinino en las personas sanas, residentes en distritos maláricos.

Así pues, el autor no se limitó a determinar solamente el período de infectividad del mosquito, sinó también la longevidad del mismo.

Observó que el promedio de la duración de la vida en condiciones favorables en los mosquitos que estudiaba era de 90:4 días habiendo tenido uno de ellos una existencia que se prolongó hasta el 231 día. En cuanto al período de infectividad el resultado fué como sigue:

En cinco casos se encontraron formas parasitarias en los mosquitos hasta el 68-70-71-83 y 92 días.

En cuanto se refiere al poder infectivo del mosquito infestado se

pudo comprobar que podía trasmitir la enfermedad hasta el día 55 después de infestado; que a los 66 días otros mosquitos previamente infestados no trasmitieron la enfermedad.

CONFERENCIA DE ORDEN SOCIAL E HIGIENICO PARA SEÑORAS NO PROFESIONALES.

Dr Rachelle S. Yarros —Public Health Officer.—Junio 2, 1922,–Vol. 87,-No 22.

Se ha iniciado un curso de conferencias arregladas al título que antecede para difundir, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad Pública del Gobierno de Estados Unidos, los principios más rudimentarios de higiene en sus relaciones con diversos aspectos sociales de la misma presentando en todas ellas estos tres aspectos: el médico, el legal, y el educativo.

He aquí uno de los programas que sirvieron para estas conferencias:

Ejercicios para la sesión de la mañana.

Título de la Conferencia "Un nuevo estado de conciencia injertado en un mal muy viejo".

Aspecto Social

(a) Objeto de la Conferencia.

(b) Relación entre la conducta sexual y el desarrollo del individuo.

(c) Relación entre la delincuencia juvenil como desprendimiento de la mala conducta del adulto.

(d) Factores sociales y económicos como causas contributorias de la delincuencia sexual.

(e) Cuidado y tratamiento del delincuente sexual.

(f). Discusión.

Las otras sesiones se dedican al estudio del aspecto médico del problema incluyendo en ellas tópicos tan atractivos como el siguiente: "Las enfermedades venéreas como resultado de la delincuencia sexual". Y por último el aspecto educador es tratado al final de cada uno de ellas, no pudiendo dejar de incluir en esta reseña algunos de los tópicos que se anuncian en el progrma bajo este aspecto. He aquí dos de ellos: "Instrucción a los niños acerca de los fenómenos naturales de la vida y su reproducción", "Métodos para la dirección sabia del problema sexual en el adolescente".

SECCION DE HISTORIA

LA SIFILIS EN PERSIA A TRAVES DE LA HISTORIA

(Medical Record, Abril 22, 1922).

La existencia de la sífilis en Persia desde tiempos inmemoriales, es un hecho comprobado a pesar de las investigaciones en contrario hechas por Bloch. La existencia, hoy, de vocablos vernaculares antiguos, implican el conocimiento popular de su conocimiento por siglos. El Dr. Chinistidi, de Constantinopla, según su informe en la Presse Medicale, Marzo 15, 1922, ha investigado sesudamente que tanto la lepra, como la sífilis, existen en el país desde hace muchos siglos. Esta existencia data del tiempo de los Fenicios, quienes diseminaron el mal. Entre los vocablos que anatemizan el mal en el país y que arranca de muy antiguo, se encuentra la palabra "Kouft", equivalente en significado, a la de "Pox" inglesa. Hay ciertos hallazgos hechos sobre figuras de terra-cota con imágenes o inscripciones muy significativas y demostrativas del conocimiento de esa enfermedad en épocas correspondientes al más remoto pasado. Hubo, y aún hay, entre los médicos empiristas de Persia, cierta confusión al unir la lepra y sífilis bajo una misma denominación. Esta confusión se nota en la lectura de un manuscrito escrito en Arabe en el que se describe la lepra en dos formas: una aguda y contagiosa, y otra crónica y no tan contagiosa. El título del manuscrito es tan pintoresco como cabe a la lengua en que está escrito y sus giros especiales; se titula "Bouquet de Medicina". Como se ve después, en la descripción de la forma aguda de la lepra corresponde esta descripción exactamente a la de la sífilis.

Hay sin embargo, un hecho curioso y es que no existiendo en este país una pauta de tratamiento intenso para la sífilis, se cree que ello se deba, y así es, a la atenuación que a través de tantas generaciones ha ido preparándose hasta el momento actual en que se ha modificado esta enfermedad en ese país, de tal modo, que se manifiesta en forma muy benigna.

A NUESTROS LECTORES

(Medical Record.–Abril 22, 1922).

Con este título, da a conocer a sus lectores, el Cuerpo de Directores de la Revista la desaparición del Medical Record, como tal, para ir a fundirse en el seno del "New York Medical Journal". El "Medical Record" que desde el año 1866 apareció en la palestra médica, ha hecho

desfilar por sus páginas, muy hermosa como sustanciosa literatura profesional y muchas veces ha sido el primero en dar a luz importantes descubrimientos. Cesa desde este número, que es el último en publicarse, para ir a nutrir las columnas del "New York Medical Journal" que le antecede en edad.

SECCION DE ENDOCRINOLOGIA

LA REACCIÓN DE KOTTMAN COMO INDICE DE LA ACTIVIDAD DE LA GLANDULA TIROIDEA

W. F, Peterson, F. J. H. Doubler, S. A. Levinson y J. E. Laibe.
(Journal of American Medical Association.—Abril 8, 1922)

Hacen referencia al uso de la reacción Kottman para determinar la actividad de la glándula tiroidea.

La parte teórica que sirve de base a este procedimiento químico depende de las diferencias fisioquímicas existentes en los sueros de las mujeres grávidas en relación con las sustencias coloidales que prevalecen en ellas por dispersión de los mismos y que dan lugar a síntomas de disfuncionamiento en la glándula tiroidea.

La técnica es como se explica:

A 1cc. de suero se le añade 0.25 c.c. de una solución al 0.5% de ioduro de potasio y 0.3c.c. de una solución de nitrato de plata al 5%. Esta suspensión de ioduro de plata se aproxima a una lámpara de 500 watts Mazda a la distancia de 25 cm. y se expone a ella por 5 minutos. Hecho esto se agregará a la solución 0.5c.c. de una solución de hidroquinon al 0.25% y entonces se observan los cambios colorimétricos cada 5 minutos. Teóricamente la operación debería ser conducida en una habitación semioscura pero no será óbice el que se haga a plena luz.

Si el color amarillo de la mezcla persiste es señal de hipertiroidismo.

Si el color es moreno bronceado el resultado se interpretará como de funcionalismo normal de la glándula; esto es, si la reacción no es muy rápida, más si esta es muy acelerada entonces se puede sospechar un estado de hipo-funcionamiento.

Se deberá excluir aquellos sueros de pacientes que han sido tratados al bromuro por que la presencia de esta droga será motivo de error.

SECCION DE MEDICINA TROPICAL

TRATAMIENTO DE LA TRICOFALIOSIS POR EL JUGO DE HIGUERON

F. Wenceslao Montoya.--Reporte de Med. y Cirugía. Bogotá, Mayo.
Vol 11- No, 8,—[Extractado del Tropicpl Diseases Bulletin].

Recomienda el uso del Jugo de Higueron en la forma siguiente:

Niños de 12 a 18 meses................	15 gramos
" de 2 a 2½ años................	20 "
" de 2½ a 5 años................	25 "
" de 5 a 8 años................	30 "
" de 8 a 15 años................	35 "
Adultos	40 a 45 "

La rutina para la administración de la droga es como sigue:

El día anterior a la aplicación del medicamento se tendrá al paciente a dieta de leche después de la primera comida del día.

Un purgante salino se dará por la noche. Al día siguiente y en ayunas se dará la dósis correspondiente en combinación con un poco de miel de abejas. Dos horas después se dará un purgante de aceite de castor. La dieta láctea será estrictamente observada. Algunas veces la cura es completa; otras habrá de repetirse la dósis. Otras veces la droga produce algunos síntomas desagradables como tenesmo, náuseas, vómitos, urticaria, delirio, calambres, etc., pero estos pasarán en pocas horas.

SECCION DE CIRUGIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ANGINA DE PECHO

Dres. Lian y Barrien —[Reproducido de L' Anné Medicale Practique
y de la Revista de Técnica Médica,--Mayo 1922.

A las prescripciones clásicas se agrega la intervención quirúrgica realizada con éxito en dos casos por Jonnesco. Su principio está fundadamentado en las siguientes consideraciones:

Los filetes sensitivos, que transmiten a los centros nerviosos la irritación del plexo nervioso cardioaórtico, atraviesan una encrucijada constituída por los ganglios simpáticos, cervical inferior y primer torácico. La resección de esta masa ganglionar, interceptando toda comunicación posible entre el plexo cardioaórtico y los centros nerviosos por la mediación del simpático, suprime al mismo tiempo la transmisión de las irritaciones cardioaórticas a los centros nerviosos y la reacción de estos últimos.

Tal es el mecanismo de la acción originada por el seccionamiento

del simpático cervico-torácito en la angina de pecho, intervención propuesta en 1899 por Francois Frank y llevada a cabo con éxito en dos casos por Jonnesco.

El primer enfermo, de 38 años, tabágico, sifilítico y alcohólico, fué operado en 2 de Abril de 1916, previa anestesia raquídea: resección del simpático cervical izquierdo (ganglios cervicales medios, inferior y 1er. torácico). Visto de nuevo 2 meses y 4 años después, no ha vuelto a sufrir ninguna crísis de *angor*, aun cuando ha continuado con sus vicios de fumar y beber en demasia.

El segundo enfermo, de 54 años de edad, es examinado, resultando positivo la reacción Borde-Wassermann. El tratamiento mercurial no consigue ninguna mejora de la angina de pecho. Igual intervención que para el 1er. enfermo, en 12 de junio de 1921. La curación completa se mantiene en 25 de octubre, fecha de la última comunicación de Jonnesco.

Los notables resultados obtenidos en esas dos intervenciones se imponen a la atención de cuantos ejercen la medicina.

SECCION DE ENFERMEDADES VENEREAS Y SIFILIS

EL USO DE SOLUCIONES DE TARTARO EMETICO EN LAS ENFERMEDADES VENEREAS

F. G. Gawston.—The Journal of Tropical Medicine & Hygiene —Mayo 15,1922.

El tratamiento por las inyecciones intravenosas de tártaro emético en dósis de ½ grano ha dado resultado en manos del autor para los estados chancerosos, tanto blandos como sifilíticos. El uso de esta droga para los afectos de gonorrea, aunque no cura radicalmente, mejora tanto el flujo, que verdaderamente debería emplearse. En los casos de chancro blando son eficaces y deberían unirse a las de antimonio y azufre coloidales intramusculares. En el tratamiento de la sífilis se usará en esta forma: Se disolverá 4 granos del polvo en 8 c.c. de solución salina en ebullición y de esta solución se usará la caatidad correspondiente al valor de ½ a 1½ granos que se inyectara diariamente, exceptuándose en aquellos casos en que se use una inyección de arsenobillon, o alguna otra de antimonio y azufre coloidel intramuscularmente, o arsénico y azufre. El efecto rápido de esta droga se manifestó palpablemente, dice el autor, en un caso de Keratitis, y en otro, en que los síntomas secundarios de la sífilis estaban muy marcados.

Aconseja, en algunos casos, el uso intercalado del mercurio y bismuto, teniendo en cuenta que si apareciera la estomatitis mercurial, se hará uso además, del azufre coloidal o la disminución del mercurio.

Recomienda eficazmente para las enfermedades venéreas y sifilíticas una combinación de tártaro emético y azufre.

NOTAS SOCIALES

Ha regresado a los Estados Unidos el Dr. Ramón Ruiz Arnau, quien estuvo en Puerto Rico en viaje de recreo por algunas semanas. Fué objeto de demostraciones de simpatía por toda la sociedad donde tan arraigados afectos ha sembrado.

* * *

Ha marchado para los Estados Unidos en misiones profesionales y de salud, el Dr. José Gómez Brioso, quién estará en el Norte por espacio de un mes. Deseamos al compañero el restablecimiento de sus males y completo éxito en la misión profesional que allí lo lleva.

* * *

También consignamos nuestra sincera condolencia al Dr. J. E. Saldaña por la muerte de su señora madre acaecida en este mes de junio. Agregamos a esta dolorosa nueva nuestro deseo de que nuestro buen amigo se restablezca en el Norte a donde fué en busca de salud algo quebrantada.

* * *

El Dr. Jacinto Avilés ha estado representando a la Asociación Médica de Puerto Rico en la Asamblea de la Asociación Médica Americana que se ha celebrado en los últimos días de junio, en Chicago.

* * *

Anotamos con placer la noticia alentadora de la mejoría que se nota en la afección que aquejaba ha días a la esposa de nuestro buen amigo el Dr. L. L. Biamón.

FARMACIA BLANCO

Tenemos existencia completa de todos los sueros y vacunas del Instituto Pasteur recibida directamente de París.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVI AGOSTO 1922 NUMERO 138

EL PIRAMIDON

BREVES CONSIDERACIONES CLINICAS

Dr. Gabriel Villaronga

Yo no podía, ni debía desatender la honrosa invitación de mis buenos amigos y colegas de San Juan para tomar parte en esta hermosa fiesta anual de nuestra querida Asociación, y gustoso vengo a prestar mi modesto concurso; pues aunque sé que mis deficiencias son muy grandes, sé también que vuestra benevolencia es mucho mayor, y que puedo ciegamente confiarme a ella, no sin reclamarla especialmente para cierta parte poco amena de mi trabajo, que no puede reprimirse por ser parte esencial de él.

Voy a entreteneros algunos momentos, pues me propongo ser lo más breve posible, tratando de un medicamento bastante conocido, pero quizá no lo bastante apreciado por muchos prácticos, a juzgar por el intercambio de ideas que he tenido en mis pláticas con algunos de ellos.

Refiérome al "pyramidón", nombre o quizá mejor *"sobrenombre"* que yo llamo *"de combate"*, como lo son los de antipirina, fenacetina, morfina, quinina y muchos otros; los cuales, por razones eufónicas, o mneumotécnicas, suplen o sustituyen a las enrevesadas, y a veces *kilométricas* denominaciones químicas.

El "pyramidón" pertenece a la célebre y brillante *"Serie Aromática"* admirable y maravillosa desde el punto de vista químico e industrial; pero tal vez más admirable y maravillosa desde el punto de vista médico, y sobre todo, terapéutico.

Una simple enumeración de los principales cuerpos que la constituyen, basta para corroborar este aserto.

Tenemos *cuatro* grupos que yo llamo originarios o primordiales: el del *"benceno"*;—el del *"naftaleno"*;—el del *"fenantreno"*;—y el del *"tetreno" o tetrol.*

El *benceno,* además de sus derivados, que los químicos llaman monocíclicos, y que son de nitrobencina; el tolueno; los xylenos, y los *petróleos,* es el núcleo de los cuatro sub-grupos siguientes:

los *fenoles* y sus derivados;
los *ácidos aromáticos* y sus derivados;
las *esencias;*
y las *bases.*

En el primer sub-grupo, figuran:
el fenol o ácido fénico;
el aseptol o sulfocarbol;
el ácido pícrico o carbazólico;
la resorcina;
el pyrogallol;
el guayacol y la creosota;
el ácido piroleñoso;
el alquitrán o brea vegetal (pez líquida de Plinio);
la brea de hulla (coal-tar);
el aceite de cade;
los cresoles o cresyloles;
la creolina;
el cresyl;
y el thymol.

En el segundo sub-grupo, el de los *ácidos aromáticos,* hallamos el benzóico; el cynámico; el salicílico, con su derivado el salofeno; el tithiosalicílico (molécula de azufre); el diodosalicílico; la saligenina; la cunmarina; la esencia de Gaultheria o éter methylsalicílico; esencia de Wintergreen, el salol; el ácido cresotínico; el ácido gálico; el tanino; la sacarina; y los bálsamos naturales: *benjuí,* que contiene ácido benzoico; *styrax* y *bálsamo del Perú,* que contienen ácido *cinámico;* liquidámbar y bálsamo de tolú, que contienen ambos ácidos. Los mal llamados bálsamo del Canadá, de la Meca, y de copaiba, son más bien trementinas, no bálsamos.

El tercer sub-grupo, es el de las *esencias,* a saber: cymeno; terpeno; terebeno, terpina, terpinol; trementinas; eucalyptol; myrtol; alcanfores del Japón y de Borneo; y esencia de anís o anethil.

Llegamos por último al postrer sub-grupo, que es el que más nos interesa para nuestro estudio. Lo constituyen las llamadas *"bases",* que se subdividen en seis secciones o familias:

Primera familia: *Aminas* (tipo amoniaco). Contienen la anilina,

la antifebrina, la exalgina, la fenacetina, la antisepsina, y la benzanilina.

Segunda familia: *Hydrasinas.* Fenilhydrazina, hydracetina, antithermina, y orthina de Kobert.

Tercera familia: *Pyridina,* con sus derivados conicina, nicotina, piperidina, pilocarpina, cocaína y atropina.

Cuarta familia: *Quinolina,* que contiene la kairina, la thallina, la cinchonina, la estricnina, la brucina, la berberina y la *magna* quinina.

Quinta familia: *Fenantraquinolina,* en la cual figuran la morfina y la codeina.

Sexta familia: *Pyrrol,* que contiene el pyrrazol, y la antipirina. Y como el *"pyramidón"* es un derivado dymethilamidado de la antipirina, y como la antipirina se llama en química fenildimethilpyrrazolone, tenemos que el nombre científico del *pyramidón,* que podemos llamar de familia, es el siguiente: "dymethilamidofenildymethilpyrrazolone".

Aquí termina la enumeración de los cuerpos que constituyen el primer grupo de la serie aromática, o sea el grupo del *"benzeno"*.

De los otros tres grupos, el *"naftaleno"* solamente incluye los naftoles alpha y beta, el ácido oxinaftólico, y el betol.

El tercer grupo *"phenantreno"* no contiene ningún cuerpo que nos interese; y del grupo cuarto o sea el *"tetreno",* solo merecen mencionarse el *furfureno* y el ácido pyromúsico.

Si después de esta árida y monótona relación, echamos una ojeada al conjunto y a los detalles de la famosa *"serie aromática",* convendréis en que es ciertamente de admirar, cómo las combinaciones de algunas moléculas de carbono e hidrógeno, con otras de oxígeno, azufre y ázoe, integran cuerpos dotados de propiedades tan disparatadas y contradictorias: antisépticos, como el fenol; astringentes, como el tanino; tintóreas, como la anilina; odoríferas, como las esencias de wintergreen, y de la reina de los prados; edulcorantes, como la sacarina; calmantes, como la morfina y la codeína; tóxicas, como la nicotina, la brucina, la estricnina, etc., explosivos como el ácido pícrico; febrífugos como la quinina; anodinos y antitérmicos y antipiréticos, como la antipirina y el *pyramidón,* etc. etc., ¡Maravillosa *serie* en verdad!

EL DOLOR

Señores: el dolor y la fiebre han existido en todos los tiempos. Constituyen calamidades inevitables, fatales, con que plugo al Cielo o al Destino dotar a los seres vivientes, y sobre todo a nuestra Humanidad.

¡El dolor! Impresión penible experimentada en un punto cual-

quiera de nuestro sistema nervioso, tanto más penible cuanto más afinado y refinado sea éste. Centinela siempre alerta, que advierte que en un punto del organismo se demanda auxilio y socorro. En tal concepto, considerábanle los antiguos Estóicos como un verdadero don de los dioses.

¡El dolor contra el dolor! Sin duda, algunos dolores se calman y se curan provocando otro mayor: es el dolor terapéutico.

Pero a pesar de estas concepciones un tanto paradójicas, es lo cierto que cuando sufrimos un dolor, procuramos calmarlo por todos los medios; y entonces acudimos al bien provisto arsenal que nos brinda la Ciencia, al inapreciable grupo de los anodinos, o calmantes o lenitivos; desde los agentes físicos (frío, calor, electricidad, etc.) hasta los narcóticos, los estupefacientes, los revulsivos, los anestésicos locales y generales, el hipnotismo y los analgésicos. Entre estos, por su eficacia intrínseca campean en primer lugar, el opio y sus derivados, sobre todo, el pamtopón, y la morfina.

Y como nuestra misión médica es aliviar cuando no podamos curar; y aún cuando podamos curar, debemos siempre también aliviar, ya dijo Trousseau, que sin opio no había medicina posible, y antes que él escribió el gran Sydenham la siguiente frase: "Praxim noli exercere, si carerem opi". "Rompería mi título, si careciera de opio".

Tiene, empero, esta medicación entre otros inconvenientes, el del *hábito,* como acontece con otros calmantes y narcóticos (cocaína, éter, haschish, cloral, etc., etc.)

El *pyramidón,* por sus propiedades analgésicas, exentas de estos inconvenientes, y de los que puede presentar la antipirina, que más adelante mencionaremos; el pyramidón, repito, suple con ventaja a las preparaciones opiadas; y, a mayor abundamiento, es fácil de asociar a otros medicamentos, la fenacetina, la misma morfina, o la esparteina, por ejemplo, cuyas propiedades se refuerzan y se modifican mútuamente así.

LA FIEBRE

Pasaron tiempo ha, aquellas doctrinas patogénicas antiguas de la fiebre, basadas en los conflictos supuestos de la bilis, la atrabilis y la pituita (Hipócrates);—o en la indignación (sic) del Arqueo, contra las substancias extrañas no vitales, introducidas en la economía (Van Helmont);—o en la efervescencia de los *cinco principios* que entran en la composición de la sangre; el espíritu, el azufre, la sal, la tierra y el agua (Willis) y tantas otras concepciones cuya lectura hace contraer el *risorium novus de Santorini.*

Pasarán también quizá las que sustentamos hoy día y que considera-

mos sólidamente cimentadas: Como dice el profesor Roger, el Progreso marcha y avanza sobre ruinas. Pero tanto en las lucubraciones empíricas de nuestros remotos antecesores, como en las modernas teorías, desde luego más en éstas que en aquellas, quedarán inalterables muchos materiales, que servirán de base y de guía para los trabajos de las futuras generaciones. Ellas podrán contemplar un día al hombre, victorioso de todos los enemigos que le acechan incesantemente.

Mientras ese tiempo feliz llega tenemos que acoger con júbilo aquellos medios que nos depara la moderna ciencia para disipar nuestros dolores, y cuando menos atenuar los peligros inherentes a gran parte de los procesos febriles.

Seleccionemos de entre aquellos, los que poseen si es posible, el ciento por ciento de eficacia, con el cero por ciento de efectos colaterales perturbadores.

En virtud de esta selección, han sido relegados al olvido muchos medicamentos que disfrutaron un tiempo de alguna boga; tales la kairina, la thallina, el ácido fénico como febrífugo, la antithermina, y aún la antifebrina. y la exalgina poco usadas ya.

Puede decirse que a la hora de ahora, fuera de los antitérmicos *específicos*, como el salicilato sódico en el reumatismo; el mercurio o el arseno-benzol en la sífilis; el suero Roux en la difteria; y la quinina en la malaria, solo podemos contar, como antitérmicos o antipiréticos eficientes, la hidroterapia, la aspirina, el salofeno, la antipirina, el pyramidón, y en contados casos, algunos coloides (rodium, plata, oro, etc).

He usado como semejantes o sinónimos los términos antitérmico y antipirético, por que no existe a mi juicio ningún proceso febril *autóctono*, es decir, que pueda ser originado por la desviación sobre los centros termo-genésicos. La fiebre presupone siempre un elemento causal infectivo, endógeno o exógeno. En los casos que se citan como espontáneos: apoplegía, ictusneurósicos, bocioexoftálmico, fiebre nerviosa, fiebre histérica. etc.. de fijo juegan papel etiológico agentes infecciosos, toxinas, ptomainas, fermentos solubles, etc. que tarde o temprano se descubrirán, como se descubrirá también el papel que en estos casos jueguen las perturbaciones de las glándulas endocríneas y de sus *hormones* de importancia creciente cada día.

Siendo esto así, el antipirético que disminuye la actividad del centro termogenésico, y el antitérmico que sustrae calor al organismo, concurren al fin y al cabo a la misma acción terapéutica: a la debilitación o al aniquilamiento del agente piretógeno.

Raro es el antitérmico que no tenga algunas dificultades o inconvenientes en su aplicación.

La hidroterapia no siempre cuenta con aparatos y personal adecuados para su buen uso.

Muchos medicamentos son mal tolerados por ciertos enfermos; y esta intolerancia puede traducirse por trastornos de poca monta (estado nauseoso, vómitos, vértigos, zumbidos de oídos, eflorescencias cutáneas, urticaria febril o no, etc., etc.) pero algunas veces puede alcanzar proporciones alarmantes y recorrer toda la gama de la anafilaxia, hasta llegar a la crisis *nitritoide,* que he tenido ocasión de presenciar alguna vez.

Tratábase de una enferma que, por mis asistencias médicas anteriores, sabía yo que era muy sensible a la quinina. Recien llegada de Mayagüez, en donde tres de sus niños habían adquirido una intensa infección malárica, tocóle el turno a ella, bajo una forma tan severa, que exigía un tratamiento rápido e intensivo. Después de largos ruegos de su esposo y míos, convino en aceptar una inyección química que debió haber sido de cincuenta centígramos; pero que, por una repentina inspiración mía, fué reducida a veinte. Cinco minutos después rápido, inesperado, intenso, fulminante, estalló el choque anafiláctico: la cara, los labios, los párpados se hincharon, poniéndose rojos y turgescentes; la lengua hacía procidencia entre las arcadas dentarias; lo que imposibilitaba entender las palabras que la enferma pugnaba por articular; la piel materialmente erizada de placas urticariantes era presa de intensísimo prurito; había disnea indudablemente por edema de la glotis....

Por fortuna la crisis duró solo algunos minutos, que a la enferma, a los familiares alarmados, y al médico, parecieron siglos.

Otro caso, acaecido en un familiar mío, sin ser tan dramático, no dejó de impresionarme. Había ingerido dicho enfermo sesenta centígramos de aspirina en dos cachets que había usado días antes un hermano suyo, y un cuarto de hora después, llegaba a mi consultorio, jadeante y muy alarmado porque sentía como que se *hinchaba* todo; y en efecto el cuello de la camisa, el cinturón, y los cordones del calzado, estaban aún flojos porque no podían ceñirse sin molestarle. El episodio duró media hora más o menos.

¿Cuál la explicación de estos fenómenos? ¿Anafilaxia? ¿Crísis nitritóide? ¿Floculación sanguínea?...

Y ¿qué habría sucedido si las dosis medicamentosas hubieran sido mayores....?

En mi experiencia del pyramidón, relativamente larga, pues cuenta más de quince años, nunca he tenido ocasión de observar tales fenómenos. He administrado el medicamento en dosis convenientes y a intervalos adecuados a la edad de los enfermos, advirtiendo que he tenido

ocasión de emplearlo hasta en niños de uno, dos y tres meses de nacidos.

El pyramidón no tiene más que *tres* contra indicaciones verdaderas:

1.—Ciertas dispepsias irritativas, que pudiera exarcerbar;

2.—La glycosuria, por que puede aumentar el azúcar;

3.—La fiebre tuberculosa, porque podría aumentar los sudores, o producirlos, aún usando los camforatos, neutro o ácido, que no son recomendables en estos casos.

El pyramidón es un polvo casi insípido, muy ligeramente amargo, y por tanto muy apropiado a la terapéutica infantil.

Se disuelve fácilmente en el agua. La coloración rojiza que toma la orina a veces después de su uso, es debida a su transformación en un pigmento ácido especial, fenómeno sin importancia.

No es tóxico si no a dósis muy elevadas, mucho menos que la antipirina.

No afecta el sistema cardíovascular; su acción sobre el sistema nervioso es más regular que la antipirina, y se muestra a dosis menores de un tercio; es más antitérmico y más analgésico que la citada antipirina; su uso no comporta vasodilatación periférica ni cambio en la presión sanguínea;

tampoco produce reascensión térmica consecutiva a sudores abundantes y acompañada de molestos escalofríos;

no produce albúmina, ni la aumenta en casos de nefritis;

es eficaz en los primeros períodos de todas las fiebres, cuando la primera indicación es bajar la temperatura y calmar las algias y el malestar que las acompaña;

es eficaz en las neuritis tóxicas y en las tabéticas;

presta señalados servicios en las cefaléas de los anémicos; en el asma; en el delirium tremens; en el tenesmo vesical de los prostáticos;

coadyuva admirablemente al tratamiento hidroterápico de las infecciones eberthianas y colibacilares, a cuyo tratamiento puede sustituir en casos dados;

y por último, ha merecido el honor de figurar en la sugestiva obra de Huchard y Fiessinger, "La Terapéutica en Veinte Medicamentos", junto a los más heróicos y beneficiosos agentes terapéuticos.

Réstame protestaros, mi agradecimiento por la atención que habéis prestado a este trabajo, y desear que derivéis del pyramidón el bien que muchas veces he obtenido yo a la cabecera de muchos pacientes.

CUESTION DE OTOLOGIA

Dr. Guillermo Salazar.

Después de la hipertrofia e infección amigdalina y de las afecciones catarrales del naso-faringe, no hay alguna otra afección que se presente para ser atendida por el oto-rino-laringólogo, tan frecuentemente como la otitis media. Es tan frecuente esa afección, que constituye, puede decirse, con las otras dos mencionadas, el trípode en que descansa la labor diaria del especialista.

Hay que atribuir la causa de ello, en primer lugar, a la falta de especialistas que se nota en los antecedentes médicos de Puerto Rico que indicase a las generaciones próximas a pasar, la necesidad de la terapéutica preventiva de la otitis media, por medio de la limpieza quirúrgica o médica del naso-faringe o de las tonsilas. Contribuye también a ello, la enorme propagación de la sífilis y de la tuberculosis, así como el desconocimiento del peligro que para el oido, encierran ciertas afecciones infectivo contagiosas, como la grippe y el sarampión.

Por todas esas causas tenemos que lamentar hoy tanto averiado de la audición, completamente imposible de remediar, por la extensión y naturaleza de sus lesiones.

Tócanos pues a nosotros, los que cultivamos especialmente tan importante ramo de la ciencia de prevenir y curar, hacer la mayor propaganda posible sobre estos hechos, a fin de salvar a las generaciones futuras de ese peligro tan cercano y de tan molestas e irreparables consecuencias.

El médico general es al primero que debemos dirigir nuestros consejos. Debemos aconsejarle que consulte inmediatamente con un compañero especializado, tan pronto uno de sus clientes sufre de una afección dolorosa del oido.

Sea esta iniciada en el curso de una infección general, sea iniciada durante el curso de una afección aguda local de la nariz o garganta: sea por último iniciada al parecer expontánea y primitivamente, es su deber llamar al otólogo y hacerlo partícipe del caso. Digo esto, con mucha razón. Por regla general, el clínico que desconoce estos casos, se limita a calmar el dolor, bien con los fomentos y baños calientes en el oido afecto o lo que es peor, a prescribir un tópico glicerinado al que añade láudano o cocaína, con el funesto resultado de amordazar el grito agudo de esa caja timpánica que sufre. El resultado de eso es, que si bien algunas veces logra detener la marcha del progreso, la mayoría de las veces, ve con sorpresa presentarse el flujo otorréico evidenciando los estragos de la afección y la rotura más o menos amplia del tímpano, dejando establecida la fuente inagotable de peligros para el desgraciado cliente.

Si el otólogo es consultado a tiempo, él vigilará el curso de la afección y no permitirá que la rotura del tímpano se haga como efecto de un estrago intenso, sino que perforará quirúrgicamente la memebrana, tan pronto como perciba la existencia de un exudado sero-purulento o purulento y ahorrará casi siempre gravedad y duración al proceso.

La acción del otólogo es aquí curativa y preventiva y comete un gran error el no especialista en descuidar la intervención de aquel, en bien de sus pacientes.

No se limita desde luego a la miringotomía precoz, la acción del especialista. Cuando el estado de la infección lo permita, él hará unas politzeraciones o duchas de aire, sin la sonda de Itard, a fin de limpiar la caja afecta: y si todavía es preciso, en una fase más adelantada de la enfermedad, seguirá curando el oido medio por cualquiera de los diversos medios de que se disponen.

Es pues primordial, llamar la atención del médico general, sobre la importancia que tiene un correcto o defectuoso tratamiento de las otitis agudas y hacer extensiva esa propaganda a los clientes en la forma más comprensible para ellos.

Quiero dejar sentado sin embargo, que no es la otitis aguda generalmente el camino que conduce a la mayoría de los pacientes a la pérdida parcial o total de su audición. Mucho más de la mitad de los casos, la afección de la caja, se ha desarrollado de un modo insidioso, sobre todo en los niños, en los sifilíticos o tuberculosos adultos. Apenas algunos dolores fugaces y poco intensos, han denunciado el principio del mal. Si los ha habido, han cedido pronto y completamente a cualquier remedio casero, y desaparecido el dolor, nadie más se acuerda del porvenir de aquel oido.

Es bastante más tarde, cuando el paciente o su familia se sorprenden por la aparición de un flujo que mancha la almohada y entonces se preocupan del oido. Y pasa también, que ni aun eso les ha llamado la atención y preocupado en modo alguno, y es la pérdida o disminución de la audición el primer síntoma que les alarma.

Desgraciadamente, casi siempre es ya tarde. Se han perdido las mejores oportunidades para un proceso curativo y solo una gran paciencia por parte del enfermo y del otólogo, lograrán detener quizás un proceso fatalmente invasor.

Veamos ahora en qué condiciones se presentan los enfermos del oido por otitis media, al consultorio del especialista.

Fuera de los casos agudos, que como ya he dicho son los menos frecuentes en consultársenos, los otíticos medios podrían dividirse en tres grandes grupos, cada uno de los cuales corresponde a una etapa de la afección y presupone una terapéutica diferente.

(A) El grupo de los otíticos membranosos.
(B) El grupo de los otíticos del contenido óseo.
(C) El grupo de los otíticos del continente óseo.

Es algo natural y biológico, que salvo raras excepciones, que de todo hay en el magno Laboratorio de la Naturaleza, los tejidos blandos sean más fácilmente atacables que los duros. Sobre todo, las mucosas, son fácilmente atacables y constituyen un buen medio de propagar la infección por simple contigüidad.

La mucosa de la caja, contígua a la de la trompa de Eustaquio sufre los efectos de la propagación de las infecciones radicadas en el nasofaringe y en las tónsilas. Actúa asímismo como causa de propagación, el empuje mecánico de secreciones infectantes de esas regiones hacia la trompa y oido medio, por el acto de sonarse imprudentemente y aún de bostezar ruidosamente. Tal vez tendrá que admitirse algunas veces, el asiento primitivo de la infección en la caja, sobre todo en el curso de pirexias exantemáticas, pero eso sería una excepción y casi siempre la propagación secundaria de las regiones anotadas es la regla.

Si tenemos la suerte de ser llamados al principio, será deber nuestro vigilar el curso de la otitis aguda mucosa, combatir la flogosis y el dolor y proceder a la apertura preventiva del tímpano, si vemos que la naturaleza sobreaguda o el excesivo derrame puede provocar complicaciones y la rotura espontánea.

Como decía al principio, pocas veces podremos hacer eso, y es ya en un estado sub-agudo con rotura espontáena de la membrana, que viene el enfermo a consultarnos.

Naturalmente, que hay muchos casos en que los fenómenos agudos no son llamativos y la otitis media se establece de un modo insidioso. Estos casos suelen venir hacia nosotros por ligeros trastornos bien de punzadas, sordera, zumbidos o vértigo, y la mayor parte de las veces podemos examinar la integridad del tímpano.

Hay pues que señalar dos casos. Aquellos en que la otitis catarral mucosa es aguda y el otólogo puede tratarla enseguida, con un excelente pronóstico para el paciente y su oido y aquellos en que el otólogo solo asiste a una otitis más o menos apaciguada.

No vale la pena de recordar el tratamiento en el primer caso. Solo insistiré en la necesidad de la miringotomia precoz.

Mucho más interesantes son los de la segunda condición. En las otitis mucosas sub-agudas habrá que distinguir aquellas en las que el proceso produjo la rotura del tímpano, y aquellas en las que esa membrana ha sufrido el embate de la infección, resistiendo. En estos casos hay naturalmente lesiones timpánicas variadas, desde la hiperemia

crónica, fruncimientos, endurecimientos, hasta las adherencia con los órganos de la caja.

En aquellos casos es que están indicados los lavados de la caja, las duchas de aire o politzeraciones, las instilaciones y las insuflaciones con ácido bórico. Si la perforación timpánica no existe o se ha cicatrizado por ser muy pequeña, los lavados al conducto y otros medios podrán evitar el progreso de la lesión hasta la formación de granulaciones. Pero esa etapa, casi pertenece ya al segundo grupo de lesiones de la otitis o sea donde hay ya lesiones del contenido óseo.

Estos casos suelen ser más antiguos que los anteriores y si son precoces trátase de tuberculosos o sifilíticos.

La osteitis o caries de los huecesillos propios es casi la regla en los otíticos de algún tiempo. Este proceso no guarda relación alguna con otros, dependientes también de las infecciones de la caja, como es la mastoiditis. Las caries de los huecesillos se encuentra con bastante frecuencia agravando desde luego el pronóstico y entorpeciendo el tratamiento.

A los lavados y politzeraciones ayudaremos con la extracción de las piececitas. Generalmente, la cavidad está llena de granulaciones, y la operación debe terminar con un delicado raspado de las fungosidades.

El huecesillo estribo, debe respetarse. La caja raspada, epidermiza lentamente, pero al fin permite al enfermo vivir sin molestias y a cubierto de complicaciones.

Los lavados ligeramente antisépticos, deberán hacerse con la cánula de Hartman, y cada cura debe terminar con la instilación de alcohol bórico o la insuflación de ácido bórico.

En los casos favorables que hayamos podido extraer los huecesillos, podremos destruir las granulaciones sin necesidad del raspado, cauterizando con el cloruro de zinc delicuescente y de ácido crómico, procedimiento que si bien más lento, evita el tratamiento sangrante.

Siendo el principal objeto de este trabajo, más bien precisar las indicaciones que los medios a emplear, omito el sin número de fórmulas aconsejadas para lavados, insuflaciones, etc., etc., en estos casos.

Paso pues, a la tercera etapa o grupo, que he denominado con lesiones del continente óseo.

La osteitis de la caja propiamente dicha es casi siempre secundaria a las infecciones del contenido, cuando han sido muy descuidadas. Pero en algunos casos la osteitis se desarrolla simultáneamente, como efecto de condiciones sifilíticas o tuberculosas de los pacientes. En estos casos, no existe casi nunca la otitis aguda. El proceso insidiosamente se desarrolla cuando aparece el flujo otorréico por el conducto, es la primera manifestación, con un poco de sordera, de un proceso de cierta antigüedad

que se inició por osteitis de la caja, o que esta sobrevino poco después o conjuntamente a las lesiones del contenido.

Es también frecuente en estos casos, que la parálisis del fácial o una de las complicaciones cerebrales de las infecciones de la caja, sean las que inclinen u obliguen al paciente a consultarnos, pues muchos de ellos desprecian la presencia del flujo otorréico.

En estos casos, debemos desde luego hacer una limpieza de la caja, primero por via aural; y una vez evidenciada la lesión ósea, atacar quirúrgicamente por vía mastoidea, el foco de las lesiones, extrayendo esquirlas, raspando delicadamente las fungosidades y resecando los bordes sospechosos. Desde luego, que si se han presentado fenómenos agudos graves, la vía mastoidea debe ser empleada en el acto, actuando con la extensión que requiera la gravedad del proceso. Unas veces el proceso habrá dejado al descubierto el facial; otras veces el seno superior. Sea como fuera, una vez hecha la limpieza del foco, deberá hacerse la autoplastia del conducto, dilatándolo lo suficiente para poder curar por vía aural, las heridas y poder observar cómodamente el proceso cicatricial.

Demás está decir, que un tratamiento general adecuado a la naturaleza del proceso debe ser instituído, no solo en estos casos graves, sino en los anteriormente señalados.

Hay una forma de osteitis de la caja, que afecta precisamente a la región del ático, que presenta caracteres especiales, que modifican el tratamiento. La aticitis, se conoce por la ulceración o perforación de la membrana de Scrapnel y va casi siempre acompañada de caries del martillo.

Cuando nos encontremos con una osteitis limitada al ático, no necesitaremos intervenir por vía mastoidea ni tampoco nos podemos limitar a la vía aural. Haciendo la incisión por detrás de la oreja y yendo directamente a atacar el contorno de inserción del tímpano, en su segmento postero superior, llegaremos al ático y de paso podremos enuclear los huecesillos cariados. Luego se reseca parte del conducto auditivo externo, a fin de poder curar con facilidad la herida.

Cualquiera de estas tres condiciones en que se nos presentan los enfermos por otitis media, pueden dar lugar a las complicaciones más serias.

La más frecuente es la mastoiditis. No hay que decir, que no siendo casos tratados muy a tiempo, la operación se hará necesaria por dicha vía. Nos encontramos entonces con varios casos. En unos la flogosis e infección del hueso apenas va acompañada de osteitis aparente y el Cirujano debe ir a buscar el antro, con sus instrumentos. En otros la misma osteitis puede decirse que destruye el hueso y forma amplia vía de comunicación hacia el exterior.

De esta clase es mi último caso operado, al punto que el antro apareció formando parte de la cavidad de las caries, limitándome como es natural a limpiar, raspar y regularizar las superficies.

Tuve también un caso, que por la desidia de los encargados de la niñita, el abceso mastoideo se abrió espontáneamente y por la herida se exploraba el antro. En este caso, como en otros muchos, la osteitis se extendía hasta el temporal.

Desgraciadamente no pude intervenir ahí, porque la supina ignorancia de la familia, al proponerle como indispensable la operación que gratuitamente me ofrecí a hacerle, abandonó el consultorio.

Cuando tengamos que intervenir por vía mastoidea, en casos de otitis media habrá que distinguir con mucha precisión, si se trata de una mastoiditis consecutiva a una otitis del primer grupo, o sea con lesiones solo en las partes blandas de la caja, o si pertenece a los otros grupos en que las partes óseas han intervenido.

En el primer caso, que es lo frecuente en los niños, unas veces podremos pasar con la simple trepanación. Otras veces y es lo que siempre he hecho, hay que llegar a la radical conservadora de Botey, ensanchando el antro y a veces, resecando parte de la pared externa del ático, respetando en absoluto el oido medio, con los órganos que contiene. Esta conservación, ahorra gravedad a la operación y salva por otra parte los peligros de una operación extensa que resulta innecesaria.

Como es natural, en estos casos hay que seguir curando la caja por vía aural y yo completo la curación, practicando el raspado de los adenoides y haciendo la tonsilectomia en una sesión posterior.

Si el caso es de aquellos en que el contenido o continente óseo están afectados, hay que hacer la radical completa, extirpando por completo la pared externa del ático para penetrar en la caja y hacer su limpieza quirúrgica.

Si existe alguna de las complicaciones cerebrales de la otitis media, la operación será todo lo extensamente necesaria para descubrir el foco, trátese de una trombosis del seno, de un abceso, etc., etc., lo mismo que si se tratase de complicaciones del oido interno, muy raras en esta afección que estudio.

Con esto doy fin a mi trabajo.

Me había propuesto simplemente recalcar las líneas generales de conducta en el tratamiento de las otitis medias en sus diversos aspectos o fases.

Esta exposición es solo un esbozo y con gusto ampliaré cuantos deta-

IMPORT SALES & BUSINESS AGENCY INC.

(LA TIENDA DE MUSICA)

Allen 89, Frente al Teatro Municipal—San Juan, P. R.

Representantes exclusivos y distribuidores para Puerto Rico de los afamados Pianos, Auto Pianos y fonógrafos fabricados por la **Starr Piano Co.,** de Richmond, Ind. y de los ventajosamente conocidos Discos **Gennett.**

EL FONOGRAFO "STARR"

El FONOGRAFO "STARR" compite ravorablemente en calidad y mecanismo con cualquiera otro instrumento similar en el mercado.

Deseamos llamar especialmente la atención del público hacia las siguientes ventajas que desafían la comparación más escrupulosa:

1a.—Todas y cada una de las partes de que se compone este instrumento, son fabricadas por completo en la Planta de la "Starr Co.", por verdaderos expertos en este ramo.

2a.—La garganta y bocina sonante, es construída de la madera con que se fabrican los más delicados violines "Stradavariuos" conocida en el mundo por "la madera musical de los siglos"'.

3a.—LA DIFERENCIA ESTA EN EL TONO, el que mejora con la edad como en los violines y pianos más delicados.

4a.—Reproduce con igual perfección cualquier marca de discos: calidad de que carecen otros instrumentos similares. Mediante un ligero cambio en la posición de la caja fonética y de la aguja, este fonógrafo puede tocar los discos EDISON, PATHE y los demás de otras marcas, que requieren fonógrafos especiales.

Ventas a Plazos cómodos, sin garantías de segundas firmas.

Visite nuestra Exhibición en Allen 89.

Teléfono No. 947. P. O. Box 486.

FOSFO-GLICO-KOLA DOMENECH

PODEROSO RECONSTITUYENTE

INYECTABLE Y GRANULADO

Barcelona 24 de Febrero de 1897.

Sr. Domenech.

Muy Sr. mío y distinguido compañero: tengo una verdadera satisfacción en comunicarle que el preparado que V. expende y ha confeccionado, con el título de Fosfo-glico-Kola, cumple verdaderas indicaciones en todas aquellas circunstancias en que importa estimular la circulación y nutrición íntima, activando el apetito y la reintegración de las funciones de nuestra economía. Reune además la ventaja de ser aceptado por los estómagos más impresionables y ser tolerado sin alteraciones en el funcionalismo del aparato digestivo.

Le felicito por su preparación farmacológica, y continuaré prescribiéndolo siempre que lo considere indicado. Le saluda y queda á sus órdenes

S. a. q. b. s. m.

[illegible]

De venta en todas las farmacias del mundo. Concesionario exclusivo para Cuba y Puerto Rico.

JOSE COMBAS PEYORK.

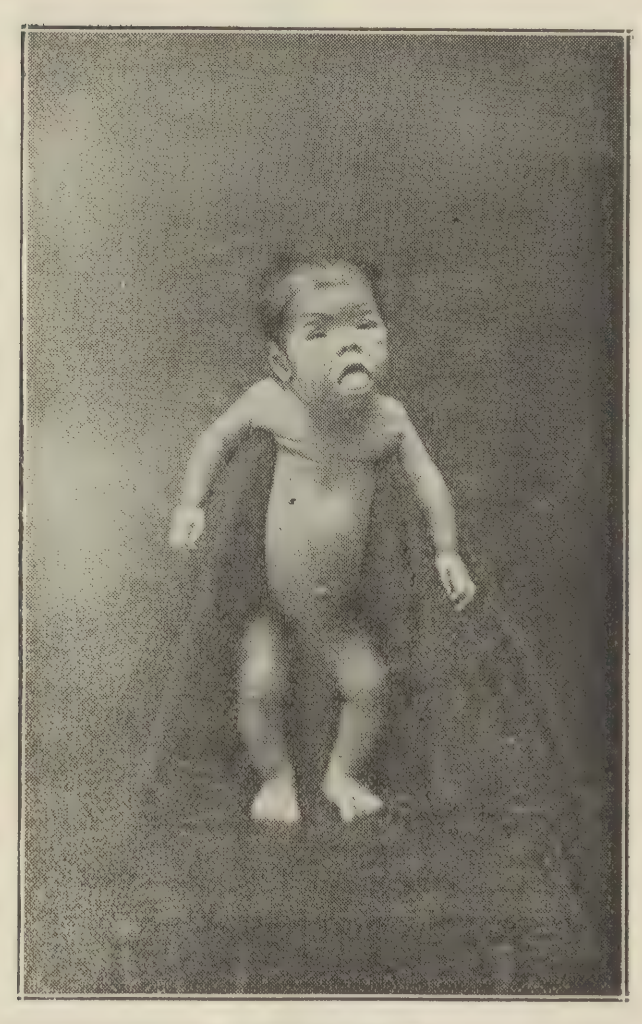
San Justo No. 12. San Juan, Puerto Rico.

lles pueda dar en relación con este asunto tan interesante en nuestra práctica profesional.

CASOS CLINICOS

CRETINISMO

L. B. de la Vega, M. D.



Placa tomada en Octubre.

Damos a continuación la historia clínica de un caso de cretinismo que pudimos observar con sumo interés entre el gran número de los asistentes a la consulta del Dispensario del Hospital Municipal para casos de Maternidad y Niños, de San Juan.

Placa a mediados del tratamiento, después de suspendido aquel por un mas y medio.

He aquí los datos más salientes:

P. N. niña de un año y medio de edad, trigueña, vive en la ciudad,

sus padres han tenido ocho hijos anteriormente a ella, todos bien desarrollados.

Historia de familia—negativa.

Historia pasada—Trastornos gastro intestinales, desarrollo lento, historia alimenticia desordenada y cambiada a cada consulta con diferentes profesionales a quienes consultaba muy amenudo. El brote de dientes aun no se ha iniciado.

Historia presente: El 13 de Noviembre de 1921, la madre quien trae a la niña, consulta con nosotros y observamos lo siguiente:

Fig. I. Desarrollo retardado para la edad en estatura y peso; este último es de siete libras. La niña tiene un aspecto de idiotez muy significativo. Las extremidades superiores en desproporción con el resto del cuerpo. El cabello recio, áspero; la color de la piel cetrina, térrea; ausencia de transpiración visible; el vientre abultado, saliente; los dedos de los piés en formas de garras violentamente flexionados; estatura sub normal; no manifiesta poder voluntario de locomoción, ni tampoco estabilidad al pretender sostenerla de pié; aspecto de la piel senecta. No hay vestigios de dentición y la lengua demuestra un aumento de volumen que la hace permanecer constantemente fuera de la boca y con una destilación de saliva que no cesa de caer por los bordes de la misma. Es imposible que sostenga erguida la cabeza. Demuestra padecer de desórdenes gastro intestinales.

El pulso, la respiración y la temperatura, normales. Como información agregamos que esta niña ha estado siempre bajo un régimen desordenado de dieta, en el que ha predominado siempre la leche condensada.

Diagnóstico:—Provisionalmente se hizo un diagnóstico de cretinismo o idiotez de tipo mongólico.

Tratamiento:—Empezamos a tratarla en Octubre 10, 1921, con el extracto de glándulas tiroides a pequeñas dosis de 0.01 gramo tres veces al día en papeletas combinadas con lactosa.

No habiendo notado mejoría notable aumentamos la dosis en Noviembre 23, a 0.02 gramos tres veces al día, habiendo introducido la medicación de la solución de Reinvillier gelatinosa de glicerofosfatos.

En Diciembre 5, notamos los siguientes adelantos: ligero aumento de peso, disminución del volumen de la lengua y retención de la misma en la boca, con disminución del babeamiento tan pronunciado anteriormente; mejoría en la expresión del semblante. Se aumenta la dosis a 0.03 tres veces al día en Diciembre 5.

En Enero el peso había aumentado a 18 libras, el aspecto general

notablemente cambiado; puede articular palabras, los dientes aparecen; los movimientos motores se inician, hay estabilidad parcial, la lengue reducida a su estado normal, la cabeza se sostiene, el pelo se adelgaza y suaviza, el vientre se reduce, la piel adquiere una color más limpia, los rasgos de la cara se humanizan, la vista se hace picaresca, propia de los niños, las manos adquieren movimientos y estos se coordinan, el aspecto general de pesantez e idiotez ha desaparecido.

Ultima fotografía.

En Febrero 1, se le administra el jarabe al ioduro de hierro y cal.

En Marzo 3, se aumenta la dósis de extracto de glándula tiroides a 0.05 gramos tres veces al día, y se nota nueva mejoría.

En Abril 7, pesa 23 libras. En Mayo 2. 26 libras y en Mayo 20, 28 libras.

En Mayo 12, se aumentó la dosis a 0.06 gramos, tres veces al día.

En Junio y Julio hasta el 15 de este último no concurre a la clínica y estuvo sin tratamiento un mes y medio, notándose la recaída y aparición de algunos de los síntomas anteriores.

Después siguió tomando 0.06 gramos tres veces al día, y hasta Agosto presente todos los dientes han brotado ya, la niña se sienta, oye bien, se da cuenta de los sonidos, distingue, habla; pesa 29 libras, y mantiene todas las mejorías obtenidas durante el tratamiento.

Los fotograbados hablan por sí mismos mucho mejor de lo que pudiéramos hacerlo estando ordenados por orden de fechas.

SECCION DE REVISTA DE EDITORIALES

PALABRAS DE INTRODUCCION

Considerando que cada editorial de los periódicos que tienen que ver con nuestra profesión, son por decirlo así, la apreciación justa de los progresos de esta rama del saber humano, hemos determinado hacer un acopio sumariado y conciso de todos los editoriales que demuestren ser interesantes y que lleven el sello de validez necesaria para presentárlos a nuestros suscriptores.

Ello condensará en breves páginas la opinión actual universal de los asuntos de nuestra profesión.

Iniciamos pues esta sección, cuya idea, que sepamos, no ha sido desarrollada en ningún otro boletín médico del mundo.

P E L A G R A

Revista Crítica de la Literatura sobre Pelagra desde 1914.—*A. Douglas Bigland. B. A.—M.D. — Ch. B.—M. R. C. P.—Tropical Diseases Bulletin*. 19.—*No. VI—Julio,* 1922.

La revista que hace el autor ha de concentrarse solamente sobre el tema de la etiología. Todo problema médico tiene que resolverse en su valor etiológico, antes que en el terapéutico. Este caso específico no lo trata el autor más que desde el punto de su etiología.

Reseña históricamente la primera teoría del maiz, después más abiertamente desarrollada en el sentido más lato de creer que fuera una deficiencia àlimenticia la causa de ella, habiéndose traído a su prueba observaciones muy convincentes. El estado actual se contrae a la lucha entre las dos teorías predominantes; la mencionada anteriormente y la que dirige sus observaciones a la creencia de que sea una enfermedad de origen microbiano. Por lo tanto se clasifican como; primero, la escuela de la deficiencia alimenticia, y segundo, la infecciosa.

Dá crédito a Goldberger y Wheeler que desde el 1915 al 1920 dieron a conocer la teoría de la deficiencia alimenticia sobre base experimental. Para probarlo llevaron al estudio y crítica médicos el ya famoso experimento de la "Ransin Farm".

Se acordarán los lectores que este consistió en escoger once convic-

tos presidiarios que voluntariamente se sometieron a la experimentación, administrándole una dieta en que los elementos azoados estuvieron deficientemente representados, a cambio de otorgárseles el perdón. El resultado fué sorprendente y dentro de los primeros cuatro meses, seis de los examinados enfermaron de pelagra.

Mar tarde Goldberger Warring y Willets en el 1915, expusieron ante la profesión los resultados de las observaciones hechas en dos orfelinatos en donde había 79 casos en uno y 130 en el otro, y observaron con asombro que al año siguiente no se repitió ningún caso de pelagra después de haber modificado la dieta de ambos aumentándola en carnes frescas, legumbres frescas y ricas en materias azoadas, y además huevos y leche en abundancia. Aun más, de los 72 casos de pelagra que observaron en otra institución, 15 pacientes quedaron bajo la misma dieta anterior al tratamiento y tuvieron recaídas a su debido tiempo. Otra observación muy elocuente que exponen estos autores también en su favor es, la de que en los ejércitos de los Estados Unidos de América y de Italia no se desarrolla ningún caso de pelagra. Ellos asumen la creencia que la buena alimentación de estos ejércitos actúa profilácticamente contra la enfermedad.

La ocurrencia de la guerra prestó campo de acción en favor de esta teoría y los prisioneros turcos y alemanes en Egipto dieron margen al entusiasmo de los sostenedores de la teoría en cuestión.

W. H. Wilson sostuvo que el coeficiente de suficiencia de los alimentos azoados no se deberá reconocer por su peso, si no por su valor asimilable; en otras palabras, es su participación biológica, no su peso químico, lo que lo hace estimable en la asimilación.

Haciendo uso de esta observación la cantidad asimilable de substancias azoadas en cualquier alimento ha de calcularse dividiendo la cantidad total de su representación azoada por las siguientes cifras.

Substancias	azoadas	de origen animal		equivalen	a	1.
"	"	derivadas del arroz		equivalen	a	1.12
"	"	"	de la papa	"	a	1.27
"	"	"	del trigo	"	a	2.55
"	"	"	del maiz	"	a	3.4

Así pues, un hombre que pesa 70 kilos deberá ingerir para sostener el equilibrio azoado, 30 gramos diarios si usa carne, y 102 gramos si usa maiz: Este autor basándose en estas observaciones determina el valor azoado de la alimentación usada en Ransin Farm y la determina en 1.46.

Entre los refugiados procedentes de Armenia hubo un brote de pelagra en Port Said. El valor azoado en la dieta de estos individuos fué el de 23 para los hombres. Se aumentó entonces a 43.7 para los sanos y 59.15 para los que habían pasado la enfermedad.

Esta deficiencia de elementos azoados puede demostrarse de cuatro maneras:

1. Deficiencia absoluta de la ración alimenticia más baja de lo requerido.
2. Deficiencia relativa para desarrollar energías.
3. Deficiencia debido a la alimentación incompleta o su mala preparación.
4. Deficiencia secundaria debida a exceso de destrucción protéica por las bacterias intestinales o asimilación defectuosa de los alimentos.

Mac Collum y Simmonds, 1917—indicaron que en la fórmula dietética que determinó el experimento de Goldberger había deficiencia en algunas sales inorgánicas y de vitaminas solubles. Otros autores han puntualizado sin éxito alguno la relación que ellos creen que existe entre la ocurrencia de la pelagra y la ausencia de vitaminas en la dieta.

Por último Goldberger y Fanner, 1922, han sustentado la teoría que es la última que se ha evocado en favor de la escuela alimenticia y que consiste en avalorar el poder biológico de las substancias protéicas en cualquier alimento por la manera de agrupación en que se encuentra el grupo de los ácidos aminos.

Por esta razón dicen los autores que la pelagra es tan común en aquellos países consumidores de maiz, exclusivamente, en cuyo producto azoado no se encuentran ni los productos triptofánicos ni lisínicos.

El indican aumentado con exageración en los afectos de pelagra, dice Wilson, se deriva del triptófano de las materias azoadas; por lo tanto si el que se ingiere en la dieta es tan poco y este poco es usado por las bacterias de la putrefacción intestinal y convertido en indican, es evidente que por lo menos un grupo de los ácidos aminos se asimila muy poco o nada.

Estas han sido las bases que sostiene la teoría de la deficiencia que ha formado escuela aparte.

LA TEORIA QUE CONSIDERA A LA PELAGRA COMO DE ORIGEN BACTERIANO

Hay cierta desorientación marcada en el sostenimiento de ella por no ajustarse a una sola dirección sino que son muchas y muy variadas las ideas emitidas hasta hoy sobre el particular.

La teoría de Sambon, 1910-1913, no ha recibido más aliento y ha muerto hace tiempo. Este autor emitió la idea de que esta enfermedad era trasmitida por la mosca. Sin embargo, apesar de la aparente periodicidad de su aparición en ciertos distritos, curso, síntomas, duración y regiones donde aparece, no ha sido aquella confirmada.

La de Alessandini y Scala, 1913, de que la pelagra es debida a la presencia de silice coloidal en el agua no ha recibido tampoco confirmación y está desechada.

Más tarde Siles Garrisson y Mc Neal trajeron a la luz la hipótesis de la transmisibilidad directa de paciente a paciente. Creyeron que el *Stomoxys calcitrans* era el agente transmisor.

La teoría de los parásitos y bacterias también surgió y entre aquellas que han recibido más apoyo han sido las de Holmes y Marett al comprobar la existencia de B. Welchii en la excreta de los que padecen de esta enfermdad.

Harris expone que durante la guerra y sus consecuencias fué un período excelente para observar la etiología de la pelagra, y que, apesar de haberse llevado a gran escala por los accidentes de la misma, el experimento de Goldberger, no se probó aquel, alegando este hecho como favorable a la teoría bacteriana.

Contra la teoría infcciosa, se levantaron los siguientes hechos:

Goldberger en 1916—dió de comer a 16 personas, incluyendo a una mujer, las escamas de la piel, orinas y heces fecales procedentes de personas afectas de pelagra, sin resultado positivo. Les inyectó sangre de pelagrosos subcutánea e intramuscularmente así como también trató de inocular en la nariz de estos, secreciones de las mucosas de casos pelagrosos. Esto fué repetido por cuatro meses. Ninguno padeció de pelagra.

También se levantó en contra de la afirmación infecciosa el hecho, que la dieta alimenticia de los enfermos observados por la Thompson Mc Fadden Commission en Carolina Meridional era deficiente en cuanto se refiere al grupo de vitaminas A y B y algunas sales minerales, y de allí, nació el aforismo de que la pelagra está en razón inversa a los ingresos pecuniarios de una familia.

De otra parte han resultado infructuosas todas aquellas tentativas de transmisión en diversos animales de laboratorio, no habiéndose obtenido éxito alguno.

No ha habido caso de contagio en record en personas que atiendan a enfermos afectos de pelagra, lo que habla en contra de la teoría infecciosa. Solamente sabemos de un caso que pudiera remotamente relacionarse así, y es el de una señora esposa de un empleado del hos-

pital donde trataban casos de pelagra. Esto ha podido ser pura coincidencia.

DISCUSION SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA PELAGRA

Entra el autor a ejercer sus funciones críticas sobre las dos escuelas y hace observar que toda investigación debiera girar sobre la base que ha de considerar a esta enfermedad no como un síndrome que dependa de una sola causa sino que entran muchas otras diferentes a obrar complejamente.

Divide en tres grados los casos pelagrosos:

1. Aquellos en que solamente existe una falta de principios azoados en la dieta.
2. Aquellos en que el paciente ha perdido su equilibrio de nutrición, pero que se restablece con un tratamiento y cuidados prolongados; pero que son capaces de recaer a menudo.
3. Aquellos casos en que, por así decirlo, la deficiencia alimenticia procede del interior, es decir que a pesar de una alimentación rica la desasimilización es completa. Esta puede consistir en los cambios que ocurren a los alimentos durante su tránsito a través del tubo alimenticio, los cuales cambios hacen inasimilables los alimentos y sus productos de digestión; o bien, las células no están en disposición de aprehender estos productos. En estos casos el tratamiento es nulo y la muerte segura.

Esta clasificación hecha por Wilson, debiera servir de punto de partida para la comprensión del problema etiológico. Esto es, considerar la pelagra como un síndrome de compleja etiología que no se debe a una sola causa. Esta misma actitud unió a un fín común hace años las dos escuelas: la obstruccionista y la biológica que debatían separadamente sobre la etiología de lo que entonces se consideraba como una entidad clínica; la ictericia.

Hay también que dilucidar ciertos estados que hoy no se les puede considerar sino aislados y ver si ellos tienen conexión con la pelagra, por ejemplo: la edema de guerra, la acrodinia y ciertos estados de malestar vago y crónico de que se quejan muchas presonas; son estados correspondientes solamente a deficiencia en los elementos constitutivos de la dieta y que nunca dejan ver su causa real.

Puede ser que en el futuro se encuentre una explicación etiológica doble de la pelagra sobre todo en aquellos casos correspondientes al tercer grupo.

Como casi siempre acontece, cuando se dividen las escuelas en facciones radicales, la verdad no brilla en ninguna de ellas. Por lo tanto no podemos dar la razón ni a la escuela infeccionista ni a la que sostiene la deficiencia alimenticia como bases etiológicas. Tal vez, la verdad estará en estas ideas apuntadas en este estudio crítico. El tiempo se encargará de esclarecer los hechos.

NOTAS SOBRE LA LEPRA

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene.—Julio 1, 1922.

El estado de atraso en que se ha encontrado todo lo concerniente a esta enfermedad tanto en tratamiento como en cuidados y patología, ha sido causado por la indiferencia con que la profesión, el público, los dermatólogos, y aún los especialistas, las instituciones a que estos pertenecen y la prensa en general la han visto a través de todas las inconveniencias sociales que su solo nombre sugiere. El horror que produce su nombre llega hasta el doctor que dirige los leprocomios. La misma concepción bíblica de la enfermedad ha dado a este horror un tinte tradicional. Como otras muchas enfermedades el bacilo se ha hallado pero queda en el misterio todavía su origen y modos de adquirirlo. Añade el autor a estas observaciones que en las estadísticas de mortalidad del leprocomio de Makojai Leper Asylum, de 157 muertes, a la tuberculosis pulmonar le correspondieron 42 y trae a consideración la relación que existe entre este bacilo y el de la lepra. Expone a renglón seguido la experiencia suya al tratar a un leproso de forma nodular con las tuberculinas de Koch, efectuándose una mejoría notable en las lesiones.

CONSIDERACIONES SOBRE HIGIENE TROPICAL

Dr. Andrew Balfour—Editorial Notes.—The Journal of Tropical Medicine and Hygiene.—Julio.

Expone como punto de partida para la verdadera concepción de higiene y sanidad en países tropicales estas dos premisas: primera, la investigación constante, segunda, la educación e instrucción de directores y dirigidos.

Indica como barrera para el adelanto de estas materias la práctica del empiricismo y conservadorismo de supersticiones y creencias muertas, a la luz de los nuevos credos científicos. Ataca inmediatamente el mal

político de crear destinos para los hombres ineptos perdiendo tiempo y dinero y a veces torciendo anteriores iniciativas bien dirigidas. Estudia de lleno al investigador que deberá poseer iniciativa e imaginación, indicando que debería llevar en sí ideas creadoras y poder de aplicación para ponerlas en ordenada práctica. Estos dos requisitos, dice él, son muy difíciles de encontrar en un solo hombre. Hay muchos casos en que un hombre ha marcado por inspiración la ruta a seguir y otro ha sido el que ha llevado a la práctica, lo previsto, lo profetizado por el anterior. Admite sin embargo, que la casualidad ha precedido en muchas ocasiones al raciocinio y trabajo preparatorio.

Concede importancia suma al hecho de que todo buen investigador deberá dejársele libre de llevar a cabo sus investigaciones sin molestias que distraigan su precioso tiempo para nada con otra clase de trabajos oficiales o privados; deberá eximírsele de las ansiedades corrientes de la vida, en cuanto se refiere a las necesidades de su familia que deberán ser provistas con largueza y generosidad. Apesar, dice, de llevar encima estas cargas, estos apóstoles de la ciencia, los grandes investigadores como Manson, etc., casi todos ellos han hecho sus descubrimientos en el período más penoso del descargo de sus obligaciones perentorias y rutinarias.

Aconseja que se ajusten constantemente aquellos axiomas tenidos como tales en medicina tropical para derivar enseñanzas de nuestras experiencias. Como ejemplo trae a colación los recientes descubrimientos.

1. La participación del cerdo en la diseminación de la anquilostomiasis.

2. La recomendación de exterminar las ratas, pues se ha averiguado que su prolificidad es tan asombrosa que si se disminuye esta, la desratización es un mito. A este respecto se ha estudiado la manera de producir el aborto infeccioso sin resultado; pero no desmaya en recomendar que se siga estudiando el problema de la desratización desde este punto que si se resuelve dará al traste con la peste.

3. La caída ruidosa del prestigio del zumo del limón contra el escorbuto y al que se le atribuía poderes curativos habiéndose encontrado por los estudios hechos por la Srta. Chick ser aquel completamente infundado.

Estos detalles darán una explicación de las ideas del autor en este asunto.

Al tratar el aspecto sanitario en los trópicos advierte que se ha derivado un gran acúmulo de experiencias y lecciones prácticas de ocho años para acá debido a la gran guerra y sus consecuencias.

El presupone que todo sanitario deberá estar especializado en el ramo

con un título especial que le dé derecho a ajercitar esta rama especializada. El sanitario deberá llevar a la mente del público la idea de su apostolado y de ser admitido en la comunidad como apóstol de la salud. Deberá ser un hombre práctico y al mismo tiempo un investigador. Los gobiernos deberán pagar, remunerar a estos hombres bajo la base de que el gasto que hacen es productivo, es un dinero que se pone a interés y que si es bien administrado, resultará en beneficios prácticos y lucrativos para ese mismo gobierno.

El progreso de la Ciencia Sanitaria ha sido detenido en su marcha triunfal por falta de apreciación juiciosa por parte de los gobiernos que creen que no se remuneran de estos gastos a la nación, resultando en la práctica todo lo contrario, como se ha demostrado muchas veces. Y para terminar, parodia aquella famosa sentencia Salomónica de "Vanitas vanitatum et ommia vanitas" en esta forma, al estilo de Disraeli en su famosa carta orgánica de 1875 referente a "Salud Pública" en que terminaba diciendo:

"Sanitas sanitatum et ommia sanitas"

REACCION DE WEIL-FELIX PARA EL TIFUS EXANTEMATICO

La reacción de Weil-Felix en el diagnóstico del tifus exantemático, como se usa en la Estación Cuarentenaria de New York.—Por John E. Holt-Harris, Ayudante Científico, y S. B. Grubbs, Cirujano del Servicio de Sanidad de los Estados Unidos — "Public Health Record".

Muchos médicos con gran experiencia en cuarentena marítima concuerdan en que el diagnóstico clínico del tifus exantemático frecuentemente difícil, es, algunas veces, imposible, y considerarían bienvenida una reacción satisfactoria de laboratorio para diagnosticar esta enfermedad. La reacción de Weil-Felix ha estado en uso en la Estación Cuarentenaria de New York y ha dado resultados muy satisfactorios. Ella ha sido de gran valor en la decisión de casos desconocidos, aumentando así, la protección al país, y disminuyendo las molestias al público viajero y al comercio. Creemos que nuestra experiencia nos garantiza al recomendar el uso de esta reacción en al práctica cuarentenaria. También queremos someter a la profesión la técnica sencilla usada en el laboratorio de esta Estación.

La reacción de Weil-Félix depende sobre la propiedad aglutinante del suero tífico sobre ciertas razas del grupo Proteus, aislado en el 1915

por Weil y Felix de la excreta y orina de un paciente de tifus exantemático, y señalados por ellos X2 y X19. La naturaleza exacta de este fenómeno no necesita discutirse para nuestros propósitos, ni tampoco es necesario revisar la literatura del mismo. En este trabajo hemos usado exclusivamente la clase X19.

Desde febrero 3, 1920, 1698 reacciones han sido hechas en la Estación Cuarentenaria de Nueva York. 20 de estas reacciones fueron hechas en pacientes de tifus, clínicamente positivos; 43, en atípicos o casos clínicamente dudosos; 737 en casos de varias enfermedades agudas; y 634 en personas aparentemente normales. En todos, menos dos, de los casos positivos, clínicamente atípicos, de tifus exantemático, las primeras reacciones resultaron positivas. Estas dos reacciones negativas fueron hechas al principio de la enfermedad, que como bien es sabido, en este estado la reacción frecuentemente no se manifiesta. Después ambos casos resultaron positivos. Todos los casos que daban una reacción positiva eran sin duda de tifus exantemático.

Nosotros empleamos como rutina en esta Estación, primero, una reacción preparatoria que, si resulta positiva en solución al 1|20, es seguida por una segunda reacción confirmadora. La reacción preparatoria es casi siempre hecha en la forma siguiente: Pínchese la oreja del paciente, y tóquese la gota de sangre con un cristal limpio cerca de la orilla. Permítase que la sangre se coagule. Con una aguja de platino en su extremo recójase una gota de solución salina normal, y colóquese al extremo del cristal. Tómense otras tres en el centro del cristal, y cuatro gotas más cerca de la gota de sangre. Mézclese la sangre con las cuatro gotas de sol-salina, cerca de ella usando una aguja de platino en ángulo recto. Sepárese el coágulo y dilúyase. Llévese ahora una gota de esta solución a las tres gotas de sol-salina en el mismo cristal y mézclese. Llévese una gota de esta a la gota aislada y mézclese. De esta manera se obtiene tres soluciones de suero de aproximadamente 1|5, 1|20, 1|40. La mezcla se hará bien para asegurar que se conserve la solución y no se evapore. Cuando esto se haya hecho, esterilízese la aguja de platino en la luz de una lámpara de alcohol, tómese una pequeña porción de la cultura X19 en agar de 24 horas y mézclese la solución al margen de cada grupo. Emulsifíquese primero la solución al 1|40, después al 1|20, y finalmente al 1|5; obrando directamente de una solución a otra sin que se esterilize la aguja. Cójase el cristal y muévase suavemente sobre su eje longitudinal a favor de un fondo obscuro. La aglutinación aparecerá en forma de un precipitado blanco, que aumenta en tamaño y es rápidamente visto. Una pronta y completa aglutinación, especialmente en solución de 1|40, nos dará un informe positivo. Si no ocurre ninguna

aglutinación durante tres minutos, añádase a la solución 1|40, una pequeña cantidad de suero tífico como control, o si el suero tífico no está al alcance, añádase al suero de una conejo inumnizado contra X19.

Cuando la reacción preparatoria es positiva, el paciente es sangrado en la vena basílica, y la reacción confirmadora es hecha en el laboratorio en la forma siguiente: Soluciones de suero al 1|10, 1|20, 1|40, etc., a 1|1280 son hechas en tubos para Wassermann. 9|10 c.c. de una solución normal salina es puesta en el primer tubo, y 0.5 c.c. en cada uno de los otros tubos, usando una pipeta de 1 c.c. Añádase 0.1 c.c. del suero que está recogido en el tubo de sol al 0.9 c.c. sol-salina del primer tubo, usando una pipeta de 0.2 c.c., haciendo de esta manera una solución de 1|10. Soluciones sucesivas de 1|20, 1|40, etc., son hechas con la adición de 0.5 c.c. de una solución al 0.5 c.c. de sol-salina usando la pipeta original de 1 c.c. hasta que las series estén acabadas. Ahora, con la misma pipeta, póngase en cristales de ensayo, de derecha a izquierda, una gota de cada una de las tres soluciones, empezando con la solución más concentrada, y procédase como en la reacción preparatoria. Con este método, la aglutinación en solución al 1|40 se considerará como de valor diagnóstico de tifus exantemático, y el título de la aglutinación del suero es rápidamente determinada.

De todas estas experiencias deducimos una parte determinada y fija a seguir en los casos atípicos y dudosos los que, si se dejaran pasar sin cuarentena, serían causas de graves males y si se dejaran en cuarentena junto con el barco en espera de ser diagnosticados clínicamente, si fueran negativos, hubieran causados retardos innecesarios al comercio y a los viajeros.

VOCACION SANITARIA

Sanidad y Beneficencia—Boletín Oficial—Habana, Cuba—Dr. E. M.

El estudio y ejercicio de toda profesión supone algo más elevado que un propósito mercenario; ni el médico, ni el abogado, ni el ingeniero, estudian su profesión con el objeto único de ganarse la vida, porque el tiempo, el dinero y el esfuerzo en ella empleados serían ampliamente recompensados si se dirigiesen en otro sentido. Hay algo más noble que nos impulsa a hacer esta inversión improductiva y es el deseo de sobresalir entre la masa común, en un impulso interior que nos lleva a ideales superiores, a investigar lo desconocido, a crear algo nuevo. Esta es la vocación sin la cual toda profesión resulta estéril.

El profesional por vocación no necesita testigos, ni espera alabanzas, ni aspira a premios porque encuentra su recompensa en la satisfacción

personal que le proporciona la obra realizada. Un ingeniero siente tanto placer al contemplar su alquitrave bien calculado en una lóbrega alcantarilla, como un abogado que ve vacilar la justicia por su defensa del reo; no es en la recompensa pecuniaria que piensa en esos momentos, muy inferior al esfuerzo realizado, es el orgullo de haber hecho algo que sobresale, es la pasión por la obra personal bien hecha—esa es la vocación.

Nadie necesita más de la vocación que el médico. Largos años de estudio y la convivencia con la miseria y la desgracia no son ciertamente factores que inducen a cultivar la medicina con un fin lucrativo. Pero el médico por vocación es un hombre que ama a su profesión y tiene sus alegrías y su recompensa en sus éxitos profesionales; un buen diagnóstico y una complicación dominada le producen igual placer que un buen negocio a un comerciante.

Dentro de la medicina unos tienen vocación para cirugía, otros para medicina interna y los hay con vocación sanitaria y el médico que se dedique a las ciencias sanitarias y no tenga vocación para ello, preferible es que las abandone porque el fracaso es seguro. Si el sanitario no toma interés en su profesión y trata de elevarla y darle el prestigio que se merece, bien pronto se ha de convertir en un mayordomo dedicado a contar carretones de basura y a firmar papeles, como un amanuense y para eso no necesitaba haber estudiado medicina.

El médico sanitario tiene que interesarse por su distrito, estudiar las condiciones de salubridad y ejercer más funciones educativas que de policía. El Profesor Whipple, de Harward, escribiendo sobre las condiciones que debe reunir un funcionario de sanidad, dice: "Los individuos que serán llamados a dirigir la higiene pública deben ser capaces de ejercer cierta influencia sobre la gente, y ello, gracias a su manera de ser y su personalidad. Están destinados no sólo a entrar en contacto con los legisladores y las autoridades, sino también con el público. Tendrán ocasión de revistarse con los intelectuales y, por lo tanto, es menester que su propia instrucción brille como la de éstos. Tendrán que habérselas con indigentes e ignorantes, a veces hablar en público, y su palabra habrá de ser convincente y persuasiva; obligados estarán, en fin, a redactar memorias, a escribir artículos científicos y habrán de ser capaces de hacerlo con competencia, claridad y sencillez".

Todas estas cualidades, si el sanitario no las tiene, debe adquirirlas, y todo esto no se adquiere por obligación, sino por vocación. Está obligado a proveerse de libros, y revistas sobre materias de higiene, a enterarse de la legislación de su país, a difundir estos conocimientos, educando al pueblo y utilizando la prensa, la tribuna, el cinematógrafo. Debe cultivar el trato de sus conciudadanos para obtener de ellos la coope-

ración indispensable, la propaganda sanitaria. Convengamos en que esto no se hace por un sueldo y que necesitamos para sanitarios a hombres de vocación y no a mercenarios.

PROSPECTO DE LOS ESTUDIOS SOBRE DEMENCIA PRECOZ, INICIADOS POR EL BOLETIN DEL MISMO NOMBRE Y PARA EL 1922.

Boletín "Dementia Praecox Studies"—Abril 1922.

Hace cinco años que se está publicando la revista *Dementia Praecox*. Apesar de todos los inconvenientes sigue un curso progresivo. Anota el editorialista los siguientes hechos: primero, más de 1,000 periódicos médicos se publican en el mundo y en doce idiomas distintos con 12,000 títulos. De estos títulos 500 corresponden a la especialidad de afecciones mentales. De éstos 500, solamente 50 pertenecen al estudio de la demencia precoz.

En los Estados Unidos hay 300,000 dementes y todos los años ingresan más o menos 80,000. Cuidan estos pacientes por lo menos 1,000 médicos especializados.

Casi todo el trabajo oficial hoy se reduce al cuidado, aspecto, administración y supervisión de estos asilados, sin que se dedique casi nada al estudio de la etiología, patología, prevención y terapéutica.

En los Estados Unidos la proporción de enfermos de "Dementia Praecox" en relación con las otras afecciones mentales es de 60% y sin embargo solamente hay 50 artículos y ningún estudio o investigación sobre el asunto.

Hay 300 intituciones para dementes pagadas por el erario público de los Estados. El gasto per capita varía de $350 y $1180 al año, y asómbrese el lector, no hay un simple centro de investigaciones en forma y en la escala acorde con la importancia del problema y el costo de estas instituciones.

Todo el trabajo hecho hasta la fecha, es trabajo robado al tiempo de descanso, en el descargo de los deberes oficiales. Para que esto resulte útil deberá establecerse completamente independiente de otros departamentos, un centro de investigaciones especializado para este fin. El primer laboratorio que se establecerá y que tendrá por único norte la investigación de los padecimientos mentales, será el organizado en el Estado de Illinois y que se espera lo apruebe la Legislatura de este Estado este año.

Cada enfermo de Dementia Praecox cuesta al Estado $4,000 desde que enferma hasta su muerte.

Si pudiéramos encontrar las causas de esta enfermedad y prevenirla o curarla se evitaría un gasto grande a los gobiernos. Y no llegaría el bien hasta ahí, sino que serviría para curar esos casos que no son severos y que solamente los reconocen los especialistas, los inspectores de fábrica y los médicos industriales, y evitaríamos las escuelas para niños atrasados y retardados.

Hace finalmente un llamamiento a todas las personas interesadas en estos asuntos y expone sus esperanzas para la final consecución de estas ideas de renovación.

PREFACIO

Del Reporte Anual de "The Imperial Cancer Research Fund." — Del Royal College, y del Royal College of Surgeon of London.

Este reporte se concreta a cuatro importantes trabajos llevados a cabo como los más salientes en la investigación de las características de la célula cancerosa y de otra parte del origen de ella. Ambas concepciones orientan hoy al estudiante de esta enfermedad y es natural pensar que estas orientaciones precedan al estudio del cáncer ya en pleno desarrollo; esto es, como tumor. Estamos pues, en el verdadero camino que por equivocación se había invertido anteriormente. El trabajo inaugurado por Jensen sobre la trasplantación de tumores cancerosos de la familia murina marcó una de las etapas que hicieron darse cuenta al investigador de las dificultades sobre el descifiamiento del origen del cáncer.

Los caracteres que presentan estas células cancerosas trasplantadas de rata en rata son consecuencias directas de ciertas diferencias pequeñas biológicas entre las células del organismo en donde se propaga el tumor y del medio y células en que, perteneciendo a la misma especie, se propagan aquellas.

Ha sido pues un obstáculo a la verdadera orientación del estudio del cáncer, esta desviación que tiene por base el tumor y la inmunidad y hoy se dirige la investigación directamente hacia lo fundamental y primario; esto es, al proceso que pudiéramos llamar fisiológico de la célula normal cancerosa.

Estos trabajos de que consta este reporte giran alrededor de dos grandes direccions; primera, la realción del contenido, del medio acuoso ante el índice de desarrollo de la célula, y segundo, el o los fenómenos inherentes a la función respiratoria de aquellas. Estas nuevas orientaciones que abren por decirlo así nuevos caminos, hacen que las conclusiones hayan de correr sobre un plano provisional hasta que el desarrollo

de métodos mejorados y simplificados imponga soluciones definitivas. En estos estudios las conclusiones no abundan por no ajustar los resultados a hipótesis. Solamente han señalado experiencias objetivas que puedan marcar más tarde puntos cardinales en evolución definitiva.

Como prueba de ello, da a conocer también el reporte de los Doctores Woglann y Murray en el que se señala un medio de estudio como punto de partida para el estudio del origen de la célula cancerosa y su proceso fisiológico; esto es, el hecho de haber producido en el ratón tumores cancerosos de la variedad epitelial por la aplicación de los productos de la hulla. También se está actualmente estudiando la vía linfática como diseminadora del cáncer.

Un esfuerzo y su legítima alabanza se concede al trabajo del Doctor Fano sobre la ampliación de las ideas de Golgi que dirigirán sin duda al descubrimiento de las funciones de la célula cancerosa.

Nota de la Redacción:—Estas son en síntesis las nuevas ideas sobre las que han de girar los grandes descubrimientos sobre las funciones fisiológicas de la vida, origen y desarrollo de la célula cancerosa en sus relaciones complejas con el medio en que se desarrolla y del organismo en que se desenvuelve.

TOPICOS DEL MOMENTO

"Vengo a donde Ud. Doctor, a que me aplique los rayos"...y aunque el doctor visitado no se dedique a rayos X, el paciente tiene la vaga idea de que se trata de alguna cajita azul o negra, que todo doctor debe poseer, según su creencia, y desde donde espera ver salir rayos que han de ponerle los ojos más grandes al doctor visitado para que así pueda dar al traste con su enfermedad. Esta es la idea que el público entretiene y con la que molesta el médico a cada paso. De donde procederá y por qué se ha arraigado tanto, y en tantas personas de cultura no deficiente, es cosa que no podemos decir; pero, ese es el hecho, y a cada paso hay que sentar plaza de catedrático y explicar al paciente, que las cosas no son como quiere él o ella que sean, sino como deben de ser; esto es, de manera muy diferente a como se las ha forjado en su mente.

* * *

"Vengo a Ud. Doctor, para que me recete unas inyecciones buenas, pues tengo la sangre muy mala". He aquí una de las oraciones consagradas en los consultorios. No hay paciente que no crea que todo, absolutamente todo, se cura hoy por medio de inyecciones, y casi siempre, para desligarse de la osadía que implica el aconsejar al médico lo que

tiene que prescribir, añade, muy salameramente, algo por el tenor siguiente.... "porque yo tengo mi fé puesta en Ud".

Y ahora cabe preguntar. Si Ud. tiene la fé puesta en el médico, ¿por qué le indica la medicación que ha de usar? Esta sana lógica no puede caber en la cabeza de algunos pacientes. Esta frase anterior con que encabezamos el párrafo precedente tiene a veces una modificación que agregan muchos otros pacientes, ella es esta: Vengo a Ud. para que me recete un patentizado". Esto es, que además de ser patentizada, la medicina, tiene que ser buena. Pero aquí no para la cosa; puesto que el médico que se supone que se asuste al oir esto, o que se incomode, o que le pase cualquiera otra cosa, o nada, al fin, después de haber oído la misma cosa dos, tres y hasta cincuenta veces, se supone, decimos, que ha de poner por lo menos una cara no muy buena, y él enfermo asustado o avergonzado, como para quitar responsabilidad a lo dicho, añada muy frescamente, "aunque yo lo compre doctor, y, aunque me cueste caro; pero que sea bueno". Hay que pensar seriamente que el paciente tendría en mente el que además de no pagar sus honorarios al médico, este último había de comprarle el patentizado, o por lo menos hubiere de recomendarle al boticario que no le cobrara nada por ello. Cosas de los pacientes.

* * *

Hay anuncios por ahí que meten miedo. Cuando no abarcan cinco o seis especialidades, una de ellas solamente, sería suficiente para detener a un hombre por más de cincuenta años estudiando para saber algo, están la mayor parte de ellos, reñidos con el sentido del buen decir o del buen escribir. El que esto escribe, cuando empezó a practicar, se dejó llevar de esa manía de crecerse en sabiduría por medio del anuncio, y la experiencia le ha enseñado que en la Medicina, el anuncio, es como la espuma de una ola; mucha blancura, mucho alboroto y al fin, nada entre dos platos.

* * *

Y ya que de alboroto hablamos, parece un contra sentido, el que de la languidez, quietud y suprema paz de un pantano o de una fontana cantarina y de delicado chorrillo, se levantara un borbotón cataratoso, arrollador y temible como el que se ha levantado alrededor de la fontana, cantarina, delicada y milagrosa.

La Ciencia trata estas cuestiones como siempre acostumbra; esto es, evitando colocar el asunto en un plano sentimental que tiende a quitarle adeptos y que produce espejismos en los espíritus pobres. Estos asuntos en que el sentimiento arrastra todo vestigio de razón, es necesario desterrarlos a fuerza de mucha luz, mucha educación, mucha instrucción,

para esos pobres de espíritu, y, caridad y paciencia por parte de los representantes de la Ciencia, llevando en sus corazones, estos últimos, la esperanza y la seguridad de que el mundo va mejorando cada día más y más, y teniendo la certeza de que estos contratiempos son simples guijarros que se interponen en el camino y detienen la marcha por breves momentos, pero nada más. Estos alborotos, como la espuma blanca de los anuncios, mencionados hace un momento, desaparecen por sí mismos y sin dejar huellas; no haya lugar a dudas.

A. M. A.

REVISTA DE REVISTAS

SECCION DE OBSTETRICIA

Tratamiento de la Hiperemesis Gravidarum, por Chas. E. Paddock M. D. T. A. C. S.. Chicago.

(Del "Surgery Gynecology and Obstetrics"). Vol. XXXIV. May 1922. No. 5.

Recuerda el autor que esta condición debería ser tratada como patológica siempre, y que puede ser causa a veces hasta de la muerte. Considera que lo mismo puede ocurrir en los primeros, como en los últimos meses del embarazo.

La divide en tres fases:—Primera: que comprende el estado nauseado y vómitos ligeros de vez en vez con deseos irresistibles y caprichosos del apetito. La segunda fase se caracteriza por un estado contínuo de náuseas, vómitos después de haber tomado alimentos líquidos o sólidos. En algunos de estos casos se presenta la bilis y sangre. La piel está seca y caliente. Se nota la presencia de acetona y ácido diacético, aunque la temperatura permanece normal, baja, o en algunos momentos, se mantiene sobre la normal. El tercer estado se presenta con acidosis; algunas veces con menos vómitos, pero hay delirio más o menos marcado. pulso fino y acelerado, disminución de orinas con la presencia de albumina cilindros y sangre y una elevación térmica moderada.

Muy frecuentemente nos sorprende la mejoría aparente de estas enfermas pero la naturaleza del proceso ha ido tan lejos ya, que ha dejado sus huellas en el hígado y los riñones muriendo al fin la paciente. En la autopsia vemos que las lesiones viscerales corresponden a una degeneración aguda amarilla del hígado.

Al entrar en el asunto del tratamiento, considera el autor que no lo hay específico para esta afección y lo cree así por el hecho de encontrarse

con una lista inacabable de remedios recomendados como efectivos. Ha usado la ingluvina, sangre puerperal, extracto de placenta, extracto de glándula tiroidea y de cuerpo luteo del ovario. A ninguno de ellos los considera específicos pero a veces ocasionan la mejoría.

Considera importante hacer la salvedad siguiente: La hiperemesis gravidarum es rara en las primeras semanas de la preñez, sin embargo es muy común encontrar casos de emesis en esta época. Esta es la causa por lo que cree el autor que se preconizen tantos específicos para este estado patológico.

Manifiesta que hay dos caminos para curar en tiempo una condición del embarazo que puede costar la vida a la paciente y ellos son los dos siguientes procedimientos: El clásico de vaciar el útero o el de la alimentación directa al duodeno por medio del tubo duodenal Rehfus agregando el tratamiento intravenoso de cuerpo luteo. La alimentación consistirá de leche peptonizada y agua. Reporta varios casos que acompañan e ilustran sus experiencias.

La discusión que promovió la lectura de este trabajo que fué leído en una sesión de la Sociedad Ginecológica de Chicago resultó muy interesante. El Dr. J. L. Williams expuso a la consideración de los asambleistas las conclusiones a que ha arribado del estudio químico de la sangre de las pacientes afectas de hiperemesis gravidarum.

El punto culminante en estos casos es la creciente concentración del exponente de ácido úrico en la sangre, llegando a veces en el máximum de esta afección a 6.34 milígramos por cien centímetros cúbicos, como promedio, siendo a veces el resultado de 10.15 y otros de 4.14. El Dr. De Lee indicó que en sus manos el tubo duodenal no había prometido mucho.

El Dr. E. Cary discute la cuestión desde un punto de vista etiológico, indicando que una deficiencia marcada en glicogeno se demuestra en los animales preñados y por lo tanto una deficiencia en hidrocarbonos Esta deficiencia produce trastornos en la disposición final de la combustión de los ácidos de grasa, resultando en la formación de cuerpos de acetona y por ende un marcado estado de acidosis. No muy pocas veces acompañan a estos casos un estado de estreñimiento pertinaz que debería corregirse también.

Considera este expositor que la hiperemesis gravidarum debiera entenderse como resultado de un estado de deficiencia de hidrocarbonos, que promueve una acidosis con su acetonuria y muchas veces agravado todo esto por el estreñimiento. Por lo tanto deberá tratarse estos estados.

El Valor Diagnóstico de la Glicosuria Renal en la Preñez para Determinar aquella.—Frank y Normand.

Munchener Medizinische Wochenschrift.—1920—LXVII.— 1443.
(Extractado del American Journal of Obstetrics & Gynocology).

Muy frecuentemente la preñez viene acompañada de glicosuria en la orina sin que la cifra normal de esta en la sangre se modifique. Una vez sentados estos particulares los autores trataron de producir una glicosuria en mujeres preñadas en sus primeras semanas y cuyas cifras del coeficiente de azúcar fueran normales en la sangre y orinas. Lo primero que hicieron fué comprobar esta normalidad en las examinadas. Una vez hecho esto, cateterizaron la vejiga e inmediatamente suministraron 100 gramos de glucosa en un te de 350 gramos para tomar de una vez. Aguardaron 30 minutos y determinaron el índice de azúcar en la orina. Después repitieron el análisis cada 15 minutos.

La reacción resultó positiva en 30 casos en el primer trimestre del embarazo; negativa en tres otros casos en que la sospecha de preñez fué hecha y que luego resultaron no preñadas. Esta reacción resultó positiva hasta en la primera semana del embarazo. En dos casos diagnosticados como preñez ectópica y que se les sometió a esta prueba, una dió resultado positivo y el otro quedó en reserva, habiendo concordado este resultado con el diagnóstico hecho en la mesa operatoria; estos fueron preñez ectópica y quistes bilaterales de los ovarios.

Los exponentes llegan a las siguientes conclusiones:

(a) Una glicosuria alimenticia ocurre y se demuestra en toda mujer preñada durante todo el primer trimestre del embarazo.

(b) Esta reacción aparecerá y tendrá valor diagnóstico mucho antes de que los signos físicos de embarazo se hagan patentes.

(c) El uso de alimentos farináceos da iguales resultados en un 60% de casos en que se usen como prueba para provocar una glicosuria renal en estos casos de preñez.

(d) Esta reacción se puede utilizar como medio seguro de diagnóstico para determinar los casos de preñez ectópica.

Diagnóstico Biológico de la Preñez

Kaunnitzer and Joseph.—Del Therapie der Gergenvart, 1921.
(Extractado del American Journal of Obstetrics and Gynecology. LXII.–321–24)

Estos autores confirman la experiencia de los anteriores con respecto al valor diagnóstico de la glicosuria renal para la preñez, y han encontrado que es necesario que no se usara menos de 100 gramos de azúcar

(que puede ser de caña) para tener la seguridad del resultado. Si se usan 75 gramos solamente no dará resultado alguno esta prueba.

Ellos traen a la consideración de la profesión la variación siguiente sobre este interesante tema. Se sabe que al inyectarse 2.5 de phloridzin no produce glicosuria en la mayoría de las personas en estado nomal y sin embargo esta cantidad inyectada en las mujeres preñadas dará una reacción positiva para azúcar en la orina a la media hora de inyectada. El resultado de sus experimentos con esta substancia lo tabularon como sigue:

(a) Resultado negativo en 10 hombres examinados.
(b) En 70 mujeres no preñadas dió resultado negativo en 63 y positivo en 7; pero estas respondieron a la hora y media.
(c) De 30 mujeres preñadas en sus primeros tres meses dieron todas resultado positivo en menos de media hora.
(d) En nueve casos de abortos la reacción volvió a ser negativa a los diez días después de concluído el aborto.
(e) En y durante la menstruación el resultado es negativo.

Los autores llegan a las siguientes conclusiones:

La positividad presume preñez, aunque no infaliblemente.

La negatividad excluye la preñez firmemente; especialmente si se mantiene ésta hasta en los exámenes de orinas hechos dos horas después de inyectada la solución de phloridzin.

El modus operandi será como sigue: se toma 2.5 c.c. de una solución fresca al 1% de phloridzin preparada en caliente. Esta substancia se precipita al frío. Se practicará la inyección intramuscularmente produciendo ésta simplemente una sensación de escozor muy ligera.

La Glicosuria Renal como signo de suma importancia en el diagnóstico precoz de preñez

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1921–LXVII–1224. Nümberg.
(Extractado del American Journal of Obstetrics and Gynecology.)

Advierte el autor que Frank y Normman fueron los primeros en llamar la atención hacia el hecho de que existe un índice bajo de tolerancia en la mujer preñada para el azúcar. Que esta intolerancia se manifiesta precozmente en los primeros meses de todo embarazo y en algunos, hasta después del cuarto mes.

Desea recordar el autor de este trabajo que hay que tener en cuenta que esta intolerancia se manifiesta también en otras condiciones que afectan a la mujer y que no tienen conexión con la preñez; tales como

ciertos estados de disfuncionalismos del hígado, en la tiroidotoxicosis, diabetis sacarina y en algunos casos de neurastenia, por lo tanto no es patognomónico. Sin embargo, dice que si el coeficiente de azúcar en la sangre no varía de ciertos límites normales el diagnóstico de preñez se puede hacer con seguridad. Existe pues en estas otras enfermedades una variación anormal tanto en la orina como en la sangre, mientras que en los casos de preñez el coeficiente de azúcar en la sangre no varía o varía muy poco, mientras en la orina aparece aquella.

Este autor ha llegado a las siguientes conclusiones:

(a) Si se administra a una mujer 100 gramos de glucosa y en la orina a la media hora se determina la presencia de azúcar, se procederá a determinar el coeficiente de azúcar en la sangre.
(b) Si la sangre demuestra tener menos de 0.19 por ciento de azúcar la mujer está preñada.
(c) Si contiene mayor cantidad siendo notable la variación padece de algunas de las afecciones ya mencionadas.
(d) Si hay tolerancia de azúcar y por lo tanto después de practicada la prueba y pasadas ciertas horas hay una reacción positiva para azúcar en la orina, la mujer no está preñada.
(e) Durante los abortos y aun después de ellos si quedara adherida alguna porción placentaria o de membrana, la reacción continuará siendo positiva, mientras que esta desaparecerá cuando el útero quede libre de ellas.
(f) En casos de preñez extrauterina el resultado es positivo hasta el momento de desprenderse la placenta o poco después de haber sido desprendida; siendo en contrario negativa después de desprendida aquella o por lo menos una porción grande.
(g) En los casos de eclamsia la tolerancia de azúcar es muy baja.

El valor diagnóstico de la glicosuria renal para la determinación de la preñez

Munchener Medizinische Wonchenschrift–1921–LXIX–6.–Sertz and Jess.
(Extractado del American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Estos autores indican que en los casos en que ellos pusieron en práctica la prueba de Frank y Normand para la determinación de la preñez, aprovechando el hecho de la intolerancia de azúcar, manifiesta según dicen aquellos en las orinas de toda grávida, el resultado fué como sigue: En un 50% de sus casos se comprobó la existencia de azúcar en la orina

de las embarazadas en sus primeros meses, después de la administración por la boca de 100 gramos de glucosa, comprobándose que el índice de azúcar en la sangre no variaba de lo normal. En el otro 50% de los casos la reacción fué incompleta o negativa. Este signo deberá agregarse al cuadro de signos probables del embarazo.

SECCION DE ENDOCRINOLOGIA

Modernas orientaciones sobre el tratamiento de la diabetis: Profesor Carl. von Noorden, Munich & Wiesbaden, Verlag von J. T. Bargman; sección de Revistas de Libros de "Endocrinology", mayo, 1922. Vol, VI No. 3.

El autor recomienda el tratamiento mixto dietético en esta forma:

1. Algunos días de la dieta corriente clásica prescrita en la diabetis, más 100 o 120 gramos de substancias azoadas.

II. Otros días sin carne, ni queso, incluyendo sin embargo 50 gramos de alimentos azoados. Papas y frutas deberán ser administradas en cantidad equivalente al valor de 100 gramos de pan.

III. Dos veces cada quincena se dará al paciente, en un día, alimentos carbohidratados; guineos, manzanas, arroz cocido con manzanas.

IV. Cada día en que se consuma alimentos carbohidratados, será seguido por otro de rígida abstinencia y ayuno, o si parece esto muy exagerado, se puede usar vegetales solamente.

V. Los alimentos carbohidratados serán administrados al paciente cuando tenga acidosis. No recomienda los alcalinos en estos estados.

MEDICINA GENERAL

La prueba del Salicilato de Sodio en el Diagnóstico de la Insuficiencia Hepática.

M. Roch. Revista Médica de la Suiza Romana.
(Extractado del Clinique et Laboratoire.–Junio 30, 1922.)

Si se hace ingerir cuatro centígramos de salicilato de sodio al paciente, y después de examinar esas orinas con solución de percloruro de hierro, se encontrará que una reacción de color violeta será producida en los casos de insuficiencia hepática; mientras que no la hallaremos en los casos normales.

Las Inyecciones Intravenosas de Cloruro de Calcio contra los Vómitos de los Tuberculosos

Le Monde Medical.–15 de abril, 1922; Niercklen y Dubois Roquebart.

Usan una solución al 50%. De ésta toman para la inyección 2 c.c. Advierten que estas soluciones deberán ser preparadas recientemente

y que la filtración se haga. Presentan estadísticas muy halagadoras.

SECCION DE CIRUGIA

Adherencia Postoperatoria del Peritoneo

Surgery, Gynecology & Obstetrics. Carl S. Williamson y Frank C. Mann
de la Institución Mayo.—Mayo, 1922

Revisan estos expositores el gran acopio hecho en estos últimos años de literatura sobre estas complicaciones. Son tres los grupos en que se puede dividir los materiales que se recomiendan en el presente momento para evitar la formación de adherencias postoperatorias: 1. El uso de agentes líquidos. 2. El de substancias absorvibles. 3. Otras substancias.

Los líquidos no resultan porque la gravedad los aleja a veces del sitio donde se requiere que actúen. Las substancias absorvibles producen a veces más irritación que la misma trauma operatoria y el tercer grupo de estas substancias tiene que ser removido muchas veces del sitio donde se aplica.

Los autores comúnmente recomiendan el uso de la goma acacia en bloque, no en polvo, cuyos bloques se molerán en un mortero, al ser usados, y se disolverá este polvo en solución salina. A esta se agrega igual cantidad de gelatina que se disolverá en la anterior y cuando se hayan mezclado bien, se filtrará la nueva solución en cuatro dobleces de gasa. Se calentará al baño maría hasta reducir esta mezzcla a la mitad de su volumen.

Se dispondrá después, aun todavía en caliente, en tubitos de plomo, como los de las pastas de dientes. Una vez cerrados e invertidos en agua caliente, se esterilizan por 20 o 30 minutos. Se les preservará en un jarro con alcohol para ser usados en la operación.

Estas dos substancias usadas independientemente son un fracaso; pero juntas en esa proporción resultan muy satisfactorias, evitando adherencias.

Al usar esta composición se sostendrá el tubito con una pinza y después de calentado para licuarle lo suficiente, se aplicará. Deberá hacerse esto. directamente sobre el sitio, y no sobre otra parte, por ser demasiado pegajosa esta mezcla.

SECCION DE SANIDAD, HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA

SOBRE PESTE BUBONICA

Brotes Esporádicos de Peste-Bubónicaa en los Estados Unidos del Africa Meridional.—Haydon L. G.

Lancet. 1921.—Nov. 26. Extractado del Tropical Diseases Bulletin; Junio, 1922.

Durante los brotes epidémicos ocurridos en algunas regiones, no urbanas, de estas zonas, estos han diferido de lo normal en los siguientes respectos:

1. Estos brotes han ocurrido en pequeñas localidades habitadas por pocas personas y lejanas de centros urbanos y villas.

2.—No ha habido, apesar de las pesquisas hechas, existencia de roedores murinos domésticos en estos sitios.

3.—Los brotes son muy lejanos unos de los otros, no tan solo en su ocurrencia sino en localidad ocurriendo en regiones que no tienen intercurso de ninguna especie unas entre otras.

Sin embargo, los bacilos de Peste se encontraron en la variedad murina, no doméstica denominada Tatera Lobengulae y Rattus Coucha, que son habitantes de las granjas habiendo sido los responsables de estas pequeñas epidemias.

La Musaraigne Crocidura Stampfii y la Peste en General

Leger Marcer & Baury-A. C. R. Acad. Sc. 1922. Feb. 6.
(Extractado del Tropical Diseases Bulletin.—Junio, 1922).

Durante la epidemia de Dakar se llegó a creer que este insecto jugaba un papel sustancial en conexión con la Peste. Aunque insectivoro, también se alimenta con otros alimentos, por lo tanto se llegó a sospechar su intervención en la transmisibilidad de la peste.

Se aconseja pues, que la campaña de desratización la acompañe también la persecución de estos insectos.

Reporte de la semana que termina el 4 de Agosto de 1922 sobre la existendia del cólera, peste bubónica, variola, tifus exantemático y fiebre amarilla en diversas partes del mundo

Cólera—China, India, Islas Filipinas, Rumanía, Siria.

Peste bubónica—Ceilan, China, Hawaii, India.

Variola—Arabia, China, República de Santo Domingo, India, Java, Luxemburgo, Malta, México, Polonia, Portugal, España, Estados Unidos

de Africa Meridional, Jugoeslavia y en los vapores Changsha, Comeric, St. Albano.

Tifus exantemático—Algeria, Asia Menor, Austria, Polonia, Estados Unidos de Africa Meridional.

Fiebre amarilla—Méjico.

SECCION DE LABORATORIO

SIMPLE TECNICA DE COLORACION HEMATOLÓGICA

Por el Dr. Mario G. Lebredo

Director del Hospital "Las Animas" y del Laboratorio de Investigaciones Sanidad, Habana

(Boletín Oficial de la Habana. Marzo y Abril, 1922. Tomo XXIII. No. 37.)

Desde hace más de cuatro años venimos usando en el Laboratorio de Investigaciones, una coloración hematológica para "smears" que, por la rapidez con que se hace, por lo estable de las soluciones que se utilizan, por no necesitar fijación previa, por la sencillez de la técnica, por la belleza de los tintes selectivos que produce—semejantes en un todo a los que da el Giemsa y otras modificaciones del Romanowsky—y, sobre todo, porque permite, si hay exceso de coloración, llegar, por lavados, a la requerida propia diferenciación, tanto de los parásitos que existan, cuanto de los elementos sanguíneos, leucocitarios principalmente, me hace recomendarlo con gran empeño.

Las soluciones solorantes de Giemsa, Leishmann, Wright y demás modificaciones del Romanowsky, generalmente adquiridas en relativas grandes cantidades, son productos muy delicados que pierden, fácilmente, por la acción del tiempo y a la menor hidratación, su bello poder colorante. Por eso, ha resultado más práctico utilizar los "soloids", con cada una de cuyas tabletitas se obtiene una pequeña cantidad de solución suficiente para un corto número de preparaciones, pero, por eso mismo, obligando a una continuada, frecuente, renovación de la solución de "soloids".

El método que describo tiene, además de la condición de estabilidad de las soluciones, la ventaja de su baratez. Los colorantes que antes hemos señalado son caros, y, por otra parte, difíciles de preparar en los habituales Laboratorios de investigaciones micro-clínicas, mientras que lo barato del colorante que recomiendo se evidencia, con solo señalar que utiliza dos soluciones simpls, sencillas, que no necesitan ser hechas por ningún especial preparador técnico, séase: a) una solución de eosina en

alcohol absoluto metílico, y b) la bien conocida solución de Manson que, como es sabido, es una solución acuosa.

Los únicos requisitos indispensables de llenar para el éxito de la coloración son los siguientes: 1o. que la solución de eosina se haga con un alcohol metílico absoluto de buena marca (yo empleo Merck'; 2o. que la eosina sea bien amarilla (yellow-shade),—la eosina B. A. de Grübler es la que yo empleo—; y 3o. que el Manson esté "maduro", es decir, que tenga, por lo menos, tres semanas de preparado.

He aquí la descripción completa del método de coloración tal como yo lo empleo:

SOLUCIONES COLORANTES

Solución A.

Eosina B. A. (Grübler)................	0'1 gramos
Alcohol absoluto metílico (Merck)......	50 c.c.

Solución B. (Manson)

Azul de metileno medicinal (Grübler)....	2 gramos
Borato de sosa.........................	5 "
Agua destilada.........................	100 c.c."

No se emplee antes de 3 semanas de fabricada.

Nota 1a. La solución A—de eosina—conviene prepararla en la cantidad señalada en la fórmula, poniendo la eosina dentro de un frasco-gotero de cristal de unos 60 c.c. de capacidad y agregando el alcohol metílico que disolverá fácilmente el colorante con sólo agitar ligeramente.

Nota 2a. La solución B, séase el Manson, conviene, por el contrario, hacerse en gran cantidad, 300 o 400 c.c. o más, para tenerlo siempre "maduro"; de la solución "madura" se trasvasará, sin filtrar, por decantación, unos 60 c.c. a un frasco-gotero de cristal, de esa capacidad para el uso diario.

TECNICA DE LA COLORACION

Se toma entre los dedos—o con una pinza—la preparación y se vierte sobre ella, de la solución A, hasta que quede bien cubierto. Déjese actuar el colorante de 30 a 45 segundos.

Inmediatamente se introduce la preparación, siempre sujeta entre los dedos, en su vaso de unos 350 a 400 c.c. de capacidad que contenga

agua destilada. Háganse varias inmersiones agitando la preparación ligeramente para quitar el exceso de colorante.

En seguida, *sin secar la preparación,* viértase la solución B, que se dejará actuar de 30 a 45 segundos.

Después, se introduce la preparación—siempre sujeta entre los dedos o con una pinza—, dentro de la misma agua que sirvió para el primer lavado de la solución A. La experiencia me mostró que los lavados en esa agua madre—que se carga de los sobrantes de ambos colorantes—ayudan a obtener el tono de coloración que conviene. Este segundo lavado, después de usar la solución B, se llevará, hasta que la preparación obtenga el aspecto que tienen las buenas preparaciones hechas con Giemsa, es decir, un color, ni rojo ni azul, sino uno intermediario, como de irisaciones violetas, tono muy conocido en la práctica de los que usan aquel colorante. Una coloración de tono rojo es mala. Por lo demás, si al examen, al microscopio, se ve que la preparación quedó muy fuerte de color, o muy azul, debe continuarse el lavado hasta obtener la diferenciación deseada. Pueden repetirse estos lavados varias veces sin que perjudique, pues, por lo general, aunque se llevara muy adelante la decoloración de los glóbulos rojos, siempre resaltará dentro de ellos la estructura parasitaria y, principalmente, su cromatina que no es afectada por el agua.

Los tiempos que doy para la utilización de ambos colorantes, son los que convienen, por lo general, para obtener una combinación colorante perfecta. Sin embargo, si usando ese tiempo, el color queda o rojo o azul, después del lavado, es decir, que no tiene el matiz morado que se desea, es que el Manson "trabaja" con escasa o con demasiada energía y, por lo tanto, se acortará o se prolongará la utilización de la solución B, en él algunos segundos, para lograr el efecto deseado.

Con este método quedan, en unos 2 o 3 minutos, admirablemente teñidos los parásitos maláricos que destacan su protoplasma con un color azul más o menos pálido, pero bien definido, y su cromatina con un color rojo vivísimo, y la serie leucocitaria con bellos colores, análogos a los de Giemsa, de cuyo colorante se diferencia algo en la coloración de los eritrocitos, que en el método que describimos quedan de un color rosa algo violáceo.

Yo no sé si este método de coloración ha sido publicado alguna vez, ni conozco quién pudo haber sido el que descubrió tan feliz y práctica combinación. Lo que puedo decir es que lo aprendí del Dr. Loyo, ilustrado médico de Veracruz—quien pudiera muy bien ser el autor—en ocasión de ver, maravillado, en la Casa de Salud de la Colonia Española con cuánta rapidez hacía las preparaciones y cuán bellas imágenes daban éstas para el diagnóstico del paludismo.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Observaciones sobre el Espru considerado como una micosis sobrepuesta a un estado de deficiencia en algunos de los elementos esenciales de la alimentación

Bailey K. Ashford, Medical Corps, U.S.A.

(Reimpreso del American Journal of Tropical Medicine. Vol. II No, 2.-Marzo, 1922.

El autor llega a las siguientes conclusiones:

1. Los casos de esprú que entran de lleno en el cuadro clásico son procedidos frecuentemente por un estado de deficiencia glandular que engendra el cuadro sindrómico que se manifiesta por palidez, pereza mental, y síntomas de irregularidades y desarreglos gastro-intestinales.

2. Se nota en este estado una marcada reducción de las actividades glandulares y en especial del pancreas y de los intestinos.

3. Esta manifestación de disfuncionamiento glandular marca un cambio al contenido intestinal, siendo causa de que esto mantenga un grado de acidez muy alto.

4. En este período es en el que la Monilia Psilosis, que es patógena, se desarrolla y coloniza en ese medio favorable y produce el cuadro típico de esprú.

5. En un pequeño número de casos el esprú se demuestra apesar de no concurrir la deficiencia de elementos esenciales en la alimentación como condición previa y en los cuales parece iniciarse como infección primaria; pero es muy justo suponer que algún factor desconocido haya causado esta deficiencia y provocado el estado preparatorio para la implantación ulterior de la Monilia Psilosis.

Este mismo curso de hechos concurre en los casos de aphtha, (muguet) cuya causa se reconoce hoy que sea el Oidium o como se le llama comúnmente Monilia Albicans.

Esta enfermedad es propia de los niños que sufren de marasmo, así como de los viejos o bien en aquellos otros niños que padecen de avitaminosis y gastro-enteritis. En estos casos el grado de acidez es un medio para desarrollar estos elementos causales, y dar lugar a la formación de placas en la boca y partes altas del sistema digestivo

Tanto este organismo como el del esprú no parecen tomar cuerpo ni colonizar sino en aquellos estados previos de debilidad principalmente

en conexión con la deficiencia de algunos elementos esenciales de la alimentación.

Cuando consideramos hacer la reclamación de darle el rango de especificidad a la Monilia Psilosis, comparando esta reclamación con aquella que se refiere a la especificidad de la Monilia Albicans para el aphtha sin haber llegado en esta última clasificación a la especialización tan clara a que hemos llegado con la Monilia Psilosis; por otra parte, si vemos con tanta frecuencia que en los casos típicos de esprú la Monilia Psilosis se encuentra en enormes proporciones; si a todo esta agregamos las evidencias de orden clínico, bacteriológico, y epidemiológico demasiado variadas y abundantes para ser repetidas aquí, no nos parece exagerado pedir para la Monilia Psilosis un grado de patogenocidad que se demuestra palpablemente.

¿Por qué no se ha de considerar como causa etiológica del esprú la Monilia Psilosis teniendo más credenciales para ello que la Monilia Albicans para el Aphtha?

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE HONGOS PARASITOS ENCONTRADOS EN VENEZUELA

Dr. Eudoro González

(Con un juicio crítico por el Dr. E. Meier Flegel.) Tipografía Americana–Caracas.

Hemos recibido un interesante estudio sobre el tema arriba mencionado cuyo juicio crítico hecho por el Dr. E. Mejer Flegel, miembro de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, mejor que el nuestro, debería acompañar a esta reseña. Recomendamos la lectura de tan interesante folleto a nuestros lectores.

CARLOS LUIS ALFONSO LAVERAN

En el anterior número de esta revista, dábamos la noticia de la muerte de Sir Patrick Manson, y hoy tenemos que anotar nuevamente con tristeza la pérdida también de una figura de alto relieve en la Medicina, con la muerte del insigne hombre de ciencias cuyo título encabeza este artículo.

El nombre de este investigador francés nacido en París en 1845, no puede separarse del de Algería, donde descubrió el parásito hematozoario que lleva su nombre.

Fué graduado en la escuela de medicina de Estrasburgo y por lo

tanto sus primeros pasos fueron dados en el terreno de la medicina militar. El 6 de Noviembre de 1880 mientras desempeñaba el cargo de médico del ejército en Algería, fué que descubrió el Plasmodium Malariae que generalmente se le conoce hoy como Plasmodio de Laverán.

Dos años más tarde demostró en Italia el papel trasmisor del mosquito en la malaria. En 1901 fué elevado a la silla, vacante entonces, de la Academia de Ciencias de Francia y allá por el 1907 recibió el premio Nobel para Medicina.

La bondad de nuestro Director el Dr. Gutiérrez Igaravídez ha sido requerida para que nos permita publicar el facsímile de una carta que el ilustre Doctor Laverán envió a este colega en 1911 cuyo texto insertamos a continuación.

A. M. A.

Institut Pasteur.
96, Rue Falguiere
(15e Arrond.)

Paris, le 15 Octobre 1911

Mon cher Confrère,

En réponse à votre lettre du 25 septembre dernier j'ai l'honneur de vous adresser la liste des membres de la Société de pathologie exotique; j'ai marqué avec un trait à l'encre les noms des membres de la Société

que votre ouvrage sur l'ankylostomiase intéressera plus particulièrement.

Si vous désirez faire des communications à la Société de pathologie exotique, nous les accueillerons avec plaisir.

Veuillez agréer, mon cher Confrère l'assurance de mes sentiments tout dévoués

A. Laveran

NOTAS SOCIALES

El Dr. Jacinto Avilés ha regresado de los Estados Unidos donde fué en representación de la Asociación Médica de Puerto Rico al Congreso Médico Americano.

* * *

Saludamos al Dr. J. Gómez Brioso que ha regresado de los Estados

Unidos completamente repuesto y muy satisfecho de sus gestiones profesionales.

* * *

Partió para los Estados Unidos, en compañía de su amable esposa, el Dr. Francisco Hernández, Director del Laboratorio de Sanidad, rama biológica. Le deseamos a este amigo grata permanencia en la metrópolis.

* * *

Ha partido para España, en unión de su bella esposa, el Dr. J. Capó quien permanecerá allí varios meses.

* * *

Ha sido huésped de San Juan por varios días el Dr. Luis García de Quevedo. Saludámosle afectuosamente.

* * *

El Dr. Don Francisco del Valle Atiles, editor del Boletín Médico por varios años, ex-presidente de la Asociación Médica y Junta Superior de Sanidad, ausente en Nueva Yorn hace algún tiempo, regresará con su apreciable familia el día 7 de Septiembre próximo.

Anota la Dirección del Boletín con sumo placer la llegada del ilustre colega.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVI OCTUBRE 1922 NUMERO 139

EL ANÁLISIS MICRO-QUIMICO DE LA SANGRE Y SU INTERPRETACION TEÓRICA Y PRÁCTICA

Por R. del Valle Sárraga, A.B., B.S., Ph. C. del Laboratorio Histo-Químico-Microbiológico—San Juan, P. R.

INTRODUCCION

La profesión médica tiene una grandiosa deuda contraída con tres hombres en Norte América (por ser ellos los que dieron a la humanidad los beneficios de sus descubrimientos en esta ciencia, netamente americana): Folin, Benedict y Van Slyke. La serie de brillantes monografías publicadas en los últimos ocho años, es la mejor prueba de la perfección y exactitud de estos métodos, productos netos de la química americana, con métodos americanos, en laboratorios y por operadores americanos, aplicados brillantemente a la ciencia del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento en la clínica y cirugía. Se pusieron en práctica estos descubrimientos, en donde no pudo la Citología, ni la Bacteriología, ni la Serología, ofrecer contingente alguno a la aclaración de muchos diagnósticos oscuros, y menos aún del pronóstico de ciertas condiciones patológicas, con especial referencia de aquellas afecciones de origen complejo: la nefritis, la diabetes y la gota. Más aún, los rayos de luz que emanaron de esta fuente inagotable de investigación, fueron llevando al indagador de sorpresa en sorpresa, cuando entró de lleno en el estudio del cuadro hemoquímico en la diabetes renal, acidosis diarréica y tétano en las afecciones de los niños, la eclampsia y en las enfermedades malignas, en la colelitiasis, anemia perniciosa, desórdenes generales de las glándulas de secreción interna y muy especialmente en las enfermedades de las vías urinarias. La última palabra,—y quedan muchas por decir todavía—en el diagnóstico y el pronóstico, como en el tratamiento dietético de aquellas afecciones.

STATUS DE LA HEMOQUIMICA

Esta ciencia es una rama de la medicina. Se encuentra en estado naciente. La evidencia experimental aportada por laboratorios y hospitales de Estados Unidos, tiende a demostrar que ella tiene grandes promesas para el fisiólogo, el patólogo, el clínico y el cirujano. No obstante, se reconoce, dice la historia de la ciencia misma, que todas las innovaciones y descubrimientos evolucionan, se modifican y a veces desaparecen por completo para ocupar su sitio nuevos descubrimientos y otros principios de aplicación reciente, frutos sazonados de la experiencia. No obstante, de lo que dejamos consignado, debe hacerse presente que la hemoquímica va siendo aceptada cada vez más y se está poniendo en la práctica con mayor frecuencia, por especialistas prestigiosos de Norte América, según la práctica misma va demostrando la gran utilidad de sus principios y de sus procedimientos.

ORDEN DE LAS MATERIAS TRATADAS

En primer término aparece la introducción que sirve de bosquejo a las líneas generales de este trabajo. Los distintos apartados que prosiguen más adelante con títulos diversos van conduciendo la mente del lector por el camino más breve hacia la finalidad de esta monografía: el concepto hemo-químico y su interpretación en el diagnóstico, en el pronóstico y en el tratamiento. Muchos de estos apartados son meras secciones explicativas. Otros capítulos trazan a grandes rasgos las entidades morbosas en su relación más íntima con el análisis químico de la sangre, que son discutidos después con mayor extensión en los capítulos asignados a cada uno de los constituyentes del análisis, y a la terminación de cada capítulo se expone en forma de extracto, la literatura que sobre esas materias ha sido publicada en el mundo civilizado, desde el año 1906 hasta agosto del 1922, procurando condensar cada monografía en breves palabras transcribiéndose, además, el título del trabajo, el nombre de su autor o autores, el volumen y el título de la revista o revistas en donde se ha publicado o reproducido y asimismo las páginas que abarca, para que el lector que estudia un caso en particular y desee conocer en detalle la literatura publicada hasta ahora sobre la materia específica, pueda conseguir las revistas que interese sin más labor que breves anotaciones. La síntesis de cualquier artículo dará una idea al indagador de cada materia anotada y en muchos casos, datos concretos y específicos. En la sección "General" aparecerá la literatura que no ha podido catalogarse en ninguna de las secciones especiales, porque trata de varios extremos en la misma monografía, aunque están todos relacionados en el fondo con la hemo-química.

Como las cuestiones científicas se deben abordar con la más perfecta ecuanimidad de espíritu y alteza de miras, no ha importado que alguna de las citas de autores que aquí se reproducen sean contradictorias, como no importa tampoco que ellas impugnen hechos bien probados por la ciencia o sancionados por la experiencia, porque el facultativo debe conocer *todas* las opiniones consignadas en la literatura médica, para que forme cabal concepto de lo que estudia y llegue por sí mismo a las conclusiones que su capacidad médica y cultura científica le permitan.

IDEAS GENERALES

Las ideas generales que aquí se exponen han sido vertidas por las figuras sobresalientes de la especialidad en Norte América. A la nueva y floreciente ciencia de la Química Biológica,—la Hemo-química—se le ha atribuído "carácter revolucionario" y sus adelantos "progresos maravillosos". De su alcance se ha dicho que "sobrepasa todo lo soñado en la técnica cualitativa o cuantitativa del clásico pero exacto e intrincado proceso químico analítico". Bajo el punto de vista práctico se ha asegurado que "aporta información adicional sobre los bien probados métodos de análisis de la orina, sancionados desde tiempo inmemorial por la ciencia, al extremo de alcanzar mayor radio de acción el dignóstico y pronóstico de muchas enfermedades". Aludiendo a su manipulación se ha asegurado que el técnico que no posea los ocultos resortes—secretos a voces entre los iniciados en la química operatoria,-- bien fundamentados en el laboratorio analítico, no debe esperar el éxito, porque, "el análisis hemoquímico sobrepasa en delicadeza y requiere mayor habilidad que el más exacto análisis cualitativo o cuantitativo, mineral u orgánico". Alguien asegura también con sobrada razón que "es necesario convencer al lector cuya mente se haya desviada algún tanto con las lecturas confusas en esta materia, que el urinalisis y el hemoanalisis corren pareja en el estudio de cada enfermo, porque aquel análisis nos dice *lo hecho* y este lo que está *por hacer,* riñón arriba y riñón abajo; el primero dice asímismo cuál de aquellos productos del metabolismo está retenido, proporcionando así un panorama del mecanismo interior de lo que no apercibimos por los productos elaborados y eliminados en la orina; el segundo advierte *lo que está haciendo y lo que no está haciendo* el riñón; apercíbese con aquel y éste el verdadero status del equilibrio nitrogenado e hidrocarbonado".

La glucosuria proporciona el mejor ejemplo. El azúcar en la orina es un fenómeno de derrame o desagüe-overflow—por el riñón, del exceso de azúcar en la sangre, y es un hecho cierto que esta hiperglicemia alcanza cifras a veces enormes antes de desbordarse por el riñón, como también

es bien cierto que la hiperglicemia se manifiesta por mucho tiempo antes —quizás meses o años—de que aparezca la glucosuria. El caso viceversa puede ocurrir, y está ocurriendo ahora, demasiado frecuentemente, quizás, en la llamada diabetes renal, porque el laboratorio y el clínico *afinan mejor* su puntería. ¿Tiene alguna importancia para el facultativo averiguar cuando es que su cliente, sano todavía o dejando de serlo,—está perdiendo su tolerancia a los hidrocarbonados, en pleno período hiperglicémico, sin haber llegado al glucosúrico y sin mostrar síntomas; en una palabra: sin ser todavía un diabético?

Con referencia a la nefritis se han hecho manifestaciones más interesantes. Se ha asegurado, por ejemplo, que con estas afecciones "el análisis hemoquímico deja resagado en importancia, no solamente al análisis químico de la orina sino también al microscópico de su sedimiento, a la determinación de la presión sanguínea y a la prueba de la fenolsulfotaleina,—ésta última de valor extraordinario bien conocido—. Los peligros ocultos son descubiertos y diafanizados por y para la hemoquímica, de lo que se deriva el tratamiento adecuado, más a tiempo y de mayor efectividad. Muchos experimentadores han demostrado que los desórdenes de menor importancia del riñón, acompañados de albúmina y cilindros, no son (comparativamente hablando) condiciones tan serias; pero cuando la permeabilidad renal es defectuosa, la perspectiva varía, no importa lo que la orina diga. En una palabra, si el nitrógeno no proteico total y los constituyentes que lo forman se hayan elevados—con o sin cilindros, con o sin albúmina—y se permite que dicha elevación de valores continúe sin remediarlo el facultativo, el paciente no podrá sobrevivir mucho tiempo, a este estado, y sucumbirá en plazo más o menos breve".

Y por último, por lo que se refiere al tratamiento dietético, se ha asegurado y se ha demostrado además, que la "ingestión de proteimas, es a veces una amenaza para el bienestar o para la vida del paciente, y otras veces lo contrario, pudiendo llegarse a averiguar una u otra cosa, gracias a la valoración de los constituyentes nitrogenados no-protéicos de la sangre. En una palabra, la afección cronica será tratada sobre una base inteligente y sin titubeos y una gran parte del trabajo de adivinación y de inquietud en la dieta desaparecerá; y el comienzo de una nueva extensión séria de la afección puede descubrirse a tiempo, bien temprano, y oportunamente para aplicar tratamiento efectivo".

La línea de conducta que debe seguirse es la siguiente: Para todos los casos debe practicarse un examen general que permita tomar como punto de partida el conocimiento de los constituyentes totales en la sangre. Los exámenes sucesivos se harán totales o parciales (generalmente parciales) según la afección y el estado de salud del enfermo.

PROPAGANDA CIENTIFICA DE LOS LABORATORIOS DE INICIATIVA PRIVADA

La activa propaganda para la vulgarización de estos métodos, es el arma que esgrimen los laboratorios especializados de iniciativa privada contra la falta de cooperación del facultativo, para desvirtuar la indiferencia del clínico o del cirujano, en el empleo de aquellos en beneficio de sus enfermos, como también para demostrar la eficiencia de esos laboratorios especializados que están en vigorosa lucha económica con los de las instituciones sostenidas con fondos públicos.

Los verdaderos "leaders" de este movimiento en Estados Unidos son los "Laboratorios Biológicos Gradwhol" establecidos en San Luis Mo. y en Chicago Ill.; asímismo el "Laboratorio Chicago", a cargo del conocido e pecialista de técnica experimental de laboratorio el Dr. R. W. Webster. "El National Pathological Laboratories Inc." con Archibald Mc Neil, J. J. More, R. L. Thompson y P. G. Woolley como Directores (cada uno de ellos en la sección de sus actividades) y George Dock, Otto Folin y Ludvig Hektoen formando el Board de Consultores, completa el triángulo de los laboratorios de iniciativa privada que tienen a su cargo la misión de auxiliar a la clase pudiente de aquel país, en desigual pugilato con los mil y un laboratorios rutinarios, sostenidos por clínicas y hospitales o por instituciones públicas, que tienen a su favor el aliciente (no poco despreciable por los profanos fanáticos del dollar, pobres o ricos) de que los análisis se hasen "gratis"—"free of charge". Esta anomalía que podría justificarse en cierto modo entre individuos o por instituciones poco escrupulosas cuya índole y finalidad es el negocio—no se alude por supuesto a las que gozan de prestigio profesional ni a las que emplean su material para el estudio e investigacioes científicas originales—da lugar a que la palabra "gratis" se utilice para sumar adeptos; pero no puede en manera en aguna concebirse en las instituciones que se mantienen con fondos públicos porque las actividades allí deben ser dirigidas en estricta disciplina únicamente a ejercer "gratis" dentro del concepto de la caridad o exclusivamente para el ejercicio bien entendido de la salud pública o de la ciencia.

En el programa de propaganda del "National Pathological Laboratories Inc." y de sus ramales representativos en New York, Detroit Saginaw y St. Louis, se anuncia a la clase médica: (1) de que en la nefritis se reconoce que el examen de orina es absolutamente esencial para el diagnóstico preciso (2) de que se reconoce también, que en la misma afección, la orina no auxilia en manera alguna en el pronóstico ni en el tratamiento, y que para ello es indispensable el examen de la sangre.

particularmente la urea y el nitrógeno no-protéico; (3) de que en ciertas formas de nefritis crónica los dos anteriores constituyentes están aumentados y la retención continúa aumentando, si no se ataja el mal, hasta que termina por la uremia; (4) de que el ensayo de la fenolsufotaleina, aunque de valor extraordinario, sirve solamente de índice tosco de la habilidad del filtro renal en el momento preciso que se practica ese ensayo, pero no revela el grado de acumulación de los productos de desperdicio del metabolismo, ni el efecto de la dieta durante el tratamiento, como lo muestra palpablemente el examen hemoquímico; (5) de que todo facultativo debe velar los extremos anotados con la misma fidelidad que observa la orina y la presión sanguínea, si es que desea rendir el mejor servicio a su paciente; (6) de que a menos que el nitrógeno no-protéico muestre una cifra alta en el análisis, será necesario, vicioso *y hasta perjudicial tratar de imponer restricciones demasiado severas en la fracción de proteína de la dieta*".

Puerto Rico está laborando en igual sentido y como la hormiga hacendosa y perseverante, coloco también su grano de arena en la obra y aporta la humilde contribución de nuestra propaganda. El Boletín No. 2 que se transcribe más adelante, que se distribuyó en enero de 1922, es típico, en su forma y fondo, del propósito que anima a su autor.

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO EXACTOS DE LAS ENFERMEDADES DE RETENCION DE ORIGEN METABOLICO EN LA SANGRE, POR EL ANALISIS MICRO-QUIMICO

La función renal ha sido siempre valorada por tales o cuales procedimientos favoritos, en voga hasta que se abandonaron, por la información dudosa y el conflicto de interpretaciones diversas resultantes de los mismos. Los ensayos del indigo-carmín, la florizina, la crioscopia de la sangre y de la orina y por último la fenolsulfotaleina (el más útil de todos los citados) son los más importantes. El observador en la química-física y en la química-biológica, fijó su atención por otros puntos cardinales hasta llegar en este asunto a la realización del ideal clínico. Foster, relata una lesión renal marcada con eliminación phenolsulfotaleina normal, y si el pronóstico se hubiera basado en tal ensayo, al dictaminarse "favorable"—(el paciente murió al poco tiempo)—se hubiera desacreditado totalmente el pronóstico dogmático facultativo, si no hubiera el médico previsto este desenlace por el examen de los productos de retención en la sangre, motivo principal del texto de este boletín y de cuya aplicación estamos ocupándonos ahora.

En la nefritis intersticial inicial se despierta, en primer término

una acumulación de ácido úrico en la sangre (de 4 a 6 milígramos por cada 100 c.c.); más adelante el proceso de retención se hace extensivo a la urea y finalmente a la creatinina (más de 2½ milígramos por 100 c.c.), según se agrava el pronóstico.

La aglomeración de ácido úrico por concentración revela precozmente, una lesión renal de tipo intersticial, y este signo se manifiesta mucho antes que sea posible demostrar la nefritis por la albuminuria y cilindruria, negativas en la mayoría de los casos tempranos.

La acumulación de ácido úrico—(hiperuricemia)—no puede tasarse en manera alguna por la valoración de la cifra absoluta de la eliminación de este ácido en la orina. Ya esto pasó a la historia. Su determinación cuantitativa en la orina está ya desacreditada en este extremo, a la luz de los recientes procedimientos micro-químicos de laboratorio que se han venido coordinando brillantemente con la clínica y a la cabeza de cuyas investigaciones brillan autoridades de gran relieve como Folin, Denis, Fine, Myers, Tough, Vogt, Reach, Magnus-Levis, Pratt y una legión más de privilegiados de la ciencia americana, a quienes se debe en gran parte el admirable adelanto realizado en el diagnóstico y pronóstico de estas enfermdades, en las cuales se verifica una retención o acumulación de los productos metabólicos por insuficiencia del riñón.

Las cifras normales, de los productos del metabolismo en la sangre, son, por cada 100 c.c., las siguientes en milígramos:

Azúcar	80 a 120
Creatinina	1 a 2.5
Creatina	5 a 10
Acido úrico	1 a 3
Nitrógeno uréico	12 a 15
Nitrógeno no-proteico	25 a 30
Cloruro de sodio	450 a 500
Colesterol	150

Squire, Bandler y Myers han publicado recientemente (J. Am. Med. Ass., 79, 1384, Oct. 21, 1922) una completa revisión de los valores normales en el examen microquímico de la sangre:

Nitrógeno no-proteico	25 a 35
Nitrógeno uréico	12 a 15
Creatinina	1 a 2.5
Acido úrico	2 a 3.5
Cloruro de sodio	450 a 500
Azúcar	90 a 120
Acido carbónico combinado al plasma de	55 a 75 c.c.

En los trabajos rutinarios estos autores practican la determinación de urea y azúcar solamente; cuando la urea excede de 20, valoran también la creatinina y el ácido carbónico del plasma; asimismo determinan el ácido carbónico, cuando la cifra del azúcar es anormal. El ácido úrico y otros constituyentes, los determinan en casos especiales.

Con este cuadro a la vista, podrá el cirujano predecir con el análisis micro-químico de la sangre de su paciente—(pero no verificado con esos juguetes de laboratorio, mal llamados "microcolorímetros" de resultados inseguros como podemos de ello convencer a cualquier facultativo medianamente instruído en el análisis químico, sino por procedimientos ya sancionados en la literatura médica por los especialistas de los centros en donde nació y se dió al mundo esta poderosa palanca del diagnóstico y pronóstico de las afecciones de orígen metabólico, y con aparatos de precisión y seguridad)—podrá predecir el cirujano, repetimos, *el riesgo quirúrgico* de su paciente confiado a la pericia de su cuchilla o del anestesista; podrá el práctico general predecir la diabetes que se avecina, por la hiperglicemia y sin temor algnno a error, como podrá también predecir la exactitud del pronóstico de la diabetes complicada por una nefritis o de la nefritis asociada de una hiperglicemia; podrá el clínico diferenciar con seguridad absoluta el reumatismo y la gota, como también las afecciones cardio-vasculares (que llevan como secuela disturbios renales de orden secundario) de las nefritis verdaderas; el especialista de las vías urinarias tendrá a su alcance el único medio a que apela hoy la ciencia para dar al paciente el pronóstico incontestable de la lesión renal, tan deseado a veces por los seres queridos del enfermo, que pueden confiar desde la pasada década, rica en brillantes descubrimientos, en la opinión del clínico o del cirujano, que no está como antes basada en un criterio empírico, las más de las veces erróneo, sinó en números, en cifras, que salen envueltos en las siluetas que desarrollan los vapores que emanan de un caprichoso aparato de cristal o del desdoblamiento químico que se opera en una descomposición o transformación orgánica y van a dibujarse en la escala matemáticamente exacta de un colorímetro de precisión. El texto exacto de las palabras de uno de los especialistas más distinguidos de Norte América,va transcrito: "We can not well understand how a clinician can safely pass judgment in a case of chronic nephritis without an examination of the blood for these constituents".

El clínico que precsribe una dieta apropiada necesita, para aconsejarla inteligentemente, como su auxiliar necesario, a la hemo-química, la única que de hecho revela la intensidad de los productos de desperdicio acumulados en la sangre, que quieren y no pueden traspasar los umbrales del fiitro renal, y por lo tanto, la única capaz de enseñar, sin temor a

error, cuales han sido los efectos de esa dieta, y como colorario, demostrar que mientras el nitrógeno no-protéico no sobrepasa los límites normales, innecesario y perjudicial resultaría imponer una restricción severa en la ingestión de proteína, a un sistema ya endeble y casi en ruinas, que solicita a gritos que se le nutra.

Los coeficientes más altos de retención se observan en la nefritis intersticial crónica, particularmente cuando se avecina una uremia. En un brillante trabajo de Myers y Lough queda demostrado que "si la creatinina llega o excede la cifra de cinco milígramos, todos y cada uno de estos enfermos terminarán fatalmente con la muerte. En los once casos observados que se ajustaban a esta señal, de pronóstico tan serio, *todos* murieron al poco tiempo, y el que más duró, sobrevivió solo dos meses.

Hasta que punto puede confiarse en el cuadro hemo-químico, lo señala oportunamente una autoridad al hacer referencia a los casos de Huth y Ship. El primero, aunque la sintomatología clínica se mostraba desesperada, el cuadro hemo-químico fué lisonjero (urea 26, ácido úrico 9.6, creatinina 3.83), y fué pronosticado favorablemente. El segundo, de cuadro clínico bien alagador, y el hemo-químico pavoroso (urea 76, ácido úrico 14.8, creatinina 6.1), se pronosticó de muerte. Y la predicción se cumplió al pié de la letra, tal y como fué dictada por las lentes prismáticas del laboratorio. Nota bene: Ambos casos mostraron sustancialmente los mismos datos urológicos, químico y microscópico.

El caso descrito por Halsey es de manifiesta elocuencia. El paciente se sentía tan bien que iba en persona a visitar al médico en su oficina. El examen físico se mostró incompatible con el cuadro hemoquímico (urea 97, ácido úrico 6.6 creatinina 17.5, azúcar 180). La orina sin albúmina ni cilindros. El paciente iba de viaje para Florída y se detuvo en la ciudad de New York sin que se asomara a su mente la sospecha de su estado de salud desesperado. Por 25 días consecutivos fué estudiado este caso en todos sus detalles, en cuya fecha ocurrió casi repentinamente la muerte. El cuadro físico se delineó en su principio como el de una hipertensión con ligerísima hipertrofia cardiaca.

El riesgo operatorio lo determina la función renal. Significa, en concreto, la habilidad del organismo para hacer frente al anestésico y para llevar a feliz término sus funciones en presencia de los cambios abrumadores que tienen lugar a causa del proceso operatorio quirúrgico. Las palabras del propio autor tienen más peso que todo comentario: "Since the data already obtained by *blood chemical methods have so often upset and changed medical diagnosis and prognoses,* it goes without saying that the same set of conditions will occur when these tests are used in connection with surgical procedures. *Certainly the surgeon who*

proceeds to operate after having been assured that the blood sugar, urea nitrogen, uric acid and creatinine of the patient are within normal bounds, will have far less cause for fear of unforseen catastrophe to his patient than those who rely simply on the tests commonly used with respect to urine. Possibly in no department of surgery are the blood test so much indicated as in urology in connection with operative procedures upon the old men-candidates, for prostatectomy".

Un caso típico y bien reciente (J. Am. Med. Ass., Enero 14, 1922) lo relata H. J. John, de Cleveland: una niña de 18 años, con historia de pérdida de peso y azúcar en la orina. El médico de la familia diagnosticó diabetes mellitus. El conocido "tratamiento Allen", la bajó de peso desde 123 a 63 libras, sin mejorar su estado, ni desaparecer la glucosuria. La historia de familia, examen físico, y el Wasserman negativos. Examen hematológico normal. *La tolerancia para la glucosa resultó normal por el examen hemo-químico.* Una dieta hidrocarbonada de buena riqueza ("heavy carbonydrate diet", dice John), no hizo ascender el azúcar de la sangre por encima de los límites normales. Por tiempo casi indefinido fué puesta a una dieta que a poco le priva de la vida, que por error de diagnóstico (el autor para disculpar la equivocación designa esta falta "a legitimate mistake"), fué conceptuada diabética cuando sólo padecía de permeabilidad renal a la glucosa, que no tiene más importancia que el interés académico.

Llevamos hechas ya muchas determinaciones hemo-químicas en Puerto Rico, y la importancia capital del procedimiento van palpándola cuantos médicos y cirujanos están poniendo en práctica tan valiosa fuente de información de laboratorio, como base incontestable de su criterio facultativo.

RECOLECCION DE LA SANGRE

El paciente deberá ayunar las 6 horas previas. Para una sola determinación de cualesquiera de los constituyentes (azúcar, creatinina, ácido úrico, cloruros, urea y nitrógeno no-protéico) bastará con 2 c.c. de sangre (más o menos 40 gotas) recogidas por punción del dedo pulgar, sobre 5 o 10 milígramos de oxalato de sosa. Con una buena lanceta automática y un poco de práctica, se consigue la sangre con una sola punción; el procedimiento es indoloro y el enfermo lo soporta diariamente sin protesta, y hasta repetidas veces en el mismo día. Para que las lancetas trabajen a perfección deberán conservarse siempre en una atmósfera bien seca sobre cloruro de cal; en el ambiente de los trópicos, especialmente si la atmósfera está saturada de sal marina que las brisas arrastran

hacia el interior de esta Isla, todo instrumento cortante pierde el filo y los resortes disminuyen su tensión. Con lancetas bien conservadas hemos conseguido sin esfuerzo alguno hasta 5 c.c. de sangre.

Para la conservación de la muestra, deberán solicitarse instrucciones y envases para cada caso en particular. Los detalles variarán según la distancia a que esté el enfermo y las vías de comunicación disponibles. Para un examen general deberán recogerse 15 c.c. de sangre por punción venosa sobre oxalato de sosa; deberán también solicitarse envases e instrucciones.

En términos generales puede decirse, que existiendo oportunidad para el envío rápido—dentro de las seis horas subsiguientes, aprovechando la salida de algún automóvil o express, por ejemplo—bastará recoger la sangre según se ha explicado, en un frasquito de 2 onzas de capacidad, oxalatado, que se tapará con tapón de corcho nuevo, se agitará por 5 minutos, se parafinará el tapón y el cuello del frasco y se empacará en hielo dentro de un envase de lata que se envolverá exteriormente con varias capas de papel.

NUESTRO PROPOSITO

Al escribir sintéticamente y a grandes rasgos algunas nociones elementales de Hemoquímica, nos guían dos propósitos: (1) condensar en una sola monografía la serie de descubrimientos realizados desde el 1914, época del advenimiento de la microquímica de la sangre con la primera aparición en la literatura, de la clásica monografía de Folin y Farmer, hasta esta fecha; (2) ofrecer a la clase médica de habla española y a los que desconocen el idioma inglés, una síntesis en español de lo que han producido los laboratorios y hospitales de los Estados Unidos en estos últimos ocho años, sobre esta materia de vivísima actualidad.

Los datos aportados han sido entresacados de las siguientes revista y obras: The Journal of Biological Chemistry, The Journal of the American Chemical Society, The Journal of the American Medical Association, The Journal of the Laboratory and Clinical Medicine, The Chemical Abstracts, The Bacteriological Abstracts, y de las obras de consulta de Victor C. Myers de H. B. Gradwohl.

Dos obras hay escritas hasta el presente. Su escaso número ya dice concretamente que el florecimiento vigoroso de esta naciente ciencia aplicada a la medicina, ha tenido en estos ocho años, pocos sintetizadores, aguardando muchos de estos presuntos críticos a que se declare cierta estabilidad en el progreso rápido y creciente que va apareciendo en las revistas, no ya en los detalles técnicos de laboratorio sino también en la inter-

pretación de esos datos a la cabecera del enfermo, progreso tan intenso en su carrera que apenas permite una labor de condensación y presentación estables y permanentes, que a los pocos días no resulte ampliada en su valor absoluto y relativo, a un extremo increible.

ABREVIATURAS

Las cifras que se expresan más adelante están computadas con respecto a la sangre en su totalidad, nunca al plasma sanguíneo ni al suero. Cuando los autores que se citen, las hayan expresado de otro modo, se consignará expresamente este dato, anotándolo en todos sus detalles. Es conveniente agregar asimismo, que para fines de la brevedad, las cifras que se mencionen se entenderán y leerán: "Milígramos por 100cc." Eslabonando ahora las dos manifestaciones anteriores, se entenderá bien, que al referirnos por ejemplo, a 1.5 mgs. de creatinina, o a 80 mgs. de azúcar (o lo que sea) sin más detalles, se aceptará claro y terminantemente, que se significa "1.5 mgs. de creatinina por 100cc. de sangre" y "80 mgs. de azúcar por 100 cc. de sangre", respectivamente.

DIABETES RENAL (1)

Se manifiesta con glucosuria pero sin hiperglicemia. Se debe a una permeabilidad aumentada del riñón hacia la azúcar normal de la sangre. En nuestra circular No. 2 transcribimos el caso más reciente y curioso que registra la literatura, porque fué diagnosticado de diabetes mellitus y tratado de acuerdo con ese diagnóstico. El caso estuvo a punto de perecer a causa de la insistencia del tratamiento antidiabético. El análisis hemoquímico realizó el milagro de un diagnóstico diferencial exacto, que salvó una vida a punto de perecer por desnutrición. Los casos de diabetes renal son raros y no pueden diagnosticarse con el examen de orina solamente, razón por demás, para preocupar más aún al médico previsor, que los verdaderos diabéticos, por cuanto al error del diagnóstico se refiere, ahora más que nunca, con el firme asiento de pronóstico y tratamiento, lógicos e inapelables y de seguro éxito.

DIABETES MELLITUS (2)

La valoración del azúcar en la sangre es condición "sine qua non". También conviene conocer el estado de acidosis, en los casos avanzados o

(1) J. Lab. Clin. Med. 5, 345, [1920] V. C. Myers.

(2) J. Lab. Clin. Med. 5, 345, [1920].

rebeldes, por la determinación del poder de combinación del plasma al ácido carbónico, como también la lipemia, por la valoración de la colesterina.

La interpretación de la cantidad absoluta de azúcar es fácil. En los estados avanzados la glucosuria no proporciona criterio exacto ni siquiera aproximado al clínico, puesto que casi siempre la glucosuria va disminuyendo según la permeabilidad renal al azúcar va haciéndose cada vez menor. Cuando el enfermo se agrava la glucosuria impresionará en sentido inverso al facultativo, que estima que la salud de su paciente va progresando en sentido favorable. Por las razones expuestas, un diabético incipiente podrá acusar una glucosuria clara y permanente con solo rebasar un poco la cifra normal de azúcar (80-120 mgs. por 100 cc.) o si alcanza la de 160 a 170 mgs. mientras que el diabético avanzado (con lesión renal) puede llegar a 200 y 300 mgs. y hasta sobrepasar estas cifras, sin acusar la más ligera glucosuria.

GOTA (3)

Esta afección es una de las que los europeos apellidan muy bien con la designación de "enfermedades de retardo nutritivo".

Se caracteriza por un exceso de ácido úrico. De 4 a 10 mgs. No debe olvidarse que en la nefritis intersticial ocurre lo mismo, porque el ácido úrico es el primer elemento que se retiene tan pronto el filtro renal pierde su eficiencia; pero en tales casos la urea también aparece dando la nota de retención. Si la dieta queda desprovista de purinas, suprimiéndose en el gotoso el antecesor del ácido úrico en su metabolismo anormal, la cifra de este ácido aparecerá ligeramente elevada en ese caso.

NEFRITIS (4)

La retención relativa del ácido úrico y del nitrógeno uréico en la nefritis intersticial incipiente ya ha sido señalada en el cuadro anterior, y a este respecto es bueno consignar, que la cifra que representa el nitrógeno uréico es el mejor índice de la ineficiencia del filtro renal. Las cifras normales en personas saludables fluctúan dentro de límites estrechos. Los enfermos hospitalizados sobrepasan generalmente la cifra de 15 mgs. Toda cifra mayor de 20 mgs. en individuos sometidos a la restricción de un régimen dietético facultativo, sugiere un desarreglo de la función renal. Como de todas las sustancias que integran la

(3) J. Lab. Clin. Med. 5. 345 [1920].

(4) J. Lab, Clin. Med. 5. 346 (1920].

sangre la creatinina es la de más fácil eliminación, ella es la que en último término aumenta sobre el nivel normal cuando en realidad existe un estado serio de retención; y no se nota un ascenso apreciable en su cifra normal (de 1 a 2.5 mgs.) hasta tanto el nitrógeno uréico se duplique. Toda creatinina mayor de 3.5 mgs. debe verse con grave preocupación. La que exceda de 5 mgs. indica invariablemente una terminación fatal. Por supuesto, que esta grave situación que puntualiza la creatinina en las formas crónicas, *no es tan seria en los estados agudos, ni en las intoxicaciones,* en donde posiblemente puede iniciarse un descenso en estas cifras, precursor de una próxima mejoría. En la nefritis parenquimatosa el edema depende, por lo menos en parte, de la falta de eliminación de cloruros, por la baja permeabilidad del riñón hacia estas sales minerales. Pero recientemente se ha descubierto que los fosfosfatos también se acumulan. Los fosfatos ácidos, *forman* el *mecanismo eliminador de los ácidos acumulados en la sangre,* y en los tejidos. Cuando los fosfatos se retienen, surge la acidosis que complica el cuadro y que contribuye a las fatales consecuencias subsiguientes. Como cuestion de hecho puede afirmarse que todos los casos de nefritis intersticial avanzada sufren de acidosis, y en algunos casos la acidosis es la causa de la muerte del paciente. En la nefritis aguda, se nota a veces acidosis marcada. Y debe dejarse consignado, que es notable a veces, el efecto extraordinario de la medicación alcalina en los casos que se describen.

En la forma parenquimatosa la retención del nitrógeno uréico es pequeña y la de los cloruros posiblemente alta. Aquella cifra, raras veces excede de 30 mgs. excepto en los estados muy graves y ya próximos a una terminación fatal y casi siempre fluctúan entre 15 y 30.

La mayoría de los enfermos afectados de tumores malignos, posiblemente a causa de la toxemia, muestra un cuadro análogo hemoquímico al de la nefritis grave. La pneumonia nuestra igualmente fenómenos de retención y de acidosis cuando su gravedad se acerca más al fatal desenlace.

ECLAMPSIA

A los distinguidos químicos biológicos del Instituto de Rockefeller se debe la observación y el conocimiento de que en la eclampsia no hay retención de los productos nitrogenados, ni se presenta generalmente acidosis severa alguna. Lo que demuestra palpablemente que el facultativo tiene que habérselas con algo que no es precisamente una uremia. El cuadro que se observa es raro en su forma y permite un diagnóstico diferencial a saber: nitrógeno no-protéico moderadamente aumentado, nitrógeno uréico, casi siempre normal, ácido úrico muy aumentado y ligera hiperglicemia.

Este descubrimiento hemoquímico a que ahora aludimos, es una lección más de las muchas que aguardan en este campo de observación, sobre la confianza y la cooperación mútua que deben existir, sólidos y permanentes entre el laboratorio y la clínica.

RIESGO DE LA ANESTESIA

El examen hemo-químico es de importancia capital en el examen pre-operatorio de los enfermos en cuanto a la capacidad que ellos tengan para soportar el anestésico y la operación subsiguiente de alta cirugía. Siempre ha sido la costumbre en los cirujanos examinar la orina de sus pacientes antes de someterlos al anestésico. Hoy se sabe positivamente, que el examen de orina no es bastante y que el examen de la sangre, es la ampliación oportuna y necesaria para llegar al conocimiento exacto de la habilidad positiva del paciente para soportar el anestésico y la operación. El examen de la orina nos dice una parte, y solamente a medias, de la habilidad funcional del riñón.

Los cirujanos se preocupan mucho en la preparación de sus pacientes para las operaciones quirúrgicas de mayor cuantía y a propósito de ello, tratan de averiguar si se está eliminando, bastante urea. A la luz de de los descubrimientos recientes y que hoy se ponen en práctica, sería aventurado estimar la función renal solamente por la urea que se elimina. Y a menos que la cantidad de urea *retenida* más la *ingerida,* se conozca, será de relativa importancia conocer la que se *elimina.*

Y cuando se piensa en el descenso apreciable del poder de combinación del ácido carbónico hacia el plasma sanguíneo (índice de la acidosis) en la enestesia general, y se recuerda que este descenso durante la anestesia puede ocurrir y ocurre en individuos que padecen de retención o de acidosis moderada, habrá que imaginar el riesgo que corren a pesar de la pericia del anestesista.

El examen hemo-químico general, es conveniente, cuando puede hacerse, pero si existe algún inconveniente, será indispensable la urea, creatinina y acidosis, aunque los demás constituyentes no se sometan a valoración alguna.

ACIDOSIS (5)

En perfecta salud, la reacción del plasma se mantiene a un nivel ligeramente alcalino debido a la presencia de los bicarbonatos, los fosfatos y las proteinas en la corriente sanguínea. Los carbonatos constituyen la primera línea de defensa en la acidosis. En la dispnea, y en la hiperpnea aumenta la eliminación del ácido carbónico por las vías respiratorias.

(5) J. Lab. Clin, Med. 5. 700, [1920].

De esta suerte se mantiene algún tanto el equilibrio de la reacción. En la acidosis, los ácidos se combinan con los bicarbonatos destruyéndose de este modo la primera línea de defensa, a que antes se hace referencia. En estado normal, por otro lado, el riñón elimina orina ácida que procede de sangre que es ligeramente alcalina o casi neutra, gracias a la segunda línea de defensa: los fosfatos ácidos. Y este es el factor contra el cual se estrella la resistencia de los nefríticos agudos (sin retención aguda) pero con acidosis patente y en los cuales la medicación alcalina apropiada proporciona gran alivio a sus dolencias.

La acidosis (en la nefritis) y sus cossecuencias ha sido admirablemente descrita en un artículo reciente de Chace y Myers en "The Journal of American Medical Association", 74, (1920) 641. Las investigaciones de Van Slyke en 1915, en el Instituto de Rockefeller, proporcionaron el medio más exacto de determinación de la reserva alcalina del plasma sanguíneo por la valoración del poder de combinación del ácido carbónico hacia dicho plasma.

El concepto de la acidosis, atribuída por Naunyn a la quetosis de la diabetes ha sido ensanchado en más amplio sentido según se ha ido ensanchando también el radio de nuestros conocimientos. La acidosis puede sobrevenir de una anormal producción de ácidos (como en la diabetes) o de una disminución de las defensas naturales, si el riñón muestra tendencia a retener y a no eliminar los fosfatos, hecho este descubierto y bien comprobado por Marriot y Howland recientemente.

El método, bien tosco por cierto, de determinar la depresión en la reserva alcalina de la sangre, administrando bicarbonato de sosa por la vía digestiva, ha estado en uso por algún tiempo. La ingestión de 5 a 10 gramos es suficiente en una persona para neutralizar la orina. En la acidosis de la nefritis avanzada pueden necesitarse hasta 100 gramos o más. Pero recientemente se ha llegado a averiguar que en la mayoría de los casos patológicos, la orina se hace alcalina mucho después que la sangre y cuando ya el poder de combinación carbónica del plasma sobrepasa el nivel normal de los individuos sanos. Por consiguiente este método de administración tomando la orina como indicio trae consigo la ingestion de cantidades innecesarias y hasta deletéreas para la salud, si es que se insiste hasta la alcalinización de la orina, como se acostumbra en el tratamiento usual. Las investigaciones de Palmer y Van Slyke demuestran que la administración terapéutica del bicarbonato sódico debe controlarse cuidadosamente y para ello, debe tenerse en cuenta que por cada 42 libras de peso se necesitarán 0.5 gramos de bicarbonato sódico con el fin de elevar el poder de combinación del ácido carbónico del plasma cada 1% de su volumen. La cifra normal es

de 53 a 77 (de ácido carbónico por 100 cc. del plasma). En los niños es 10 unidades menos que en los adultos. Los cálculos son sencillos y de fácil interpretación. El caso W. C. descrito por Chace y Myers, es interesantísimo. Al admitirse el paciente en la sala del hospital se supuso que estaba bajo el coma "urémico". El examen hemoquímico preliminar acusó: Poder de combinación del plasma al ácido carbónico 22, creatinina 3.5, nitrógeno uréico 44. La sorpresa fué grande. El estado comatoso no era urémico y si de origen acidoso. Dos infusiones endovenosas de a 12 gramos cada una por dos días consecutivos, en total 48 gramos, produjo mejoría inmediata en los síntomas clínicos y el cuadro hemoquímico mejoró tan notablemente que antes de las dos semanas el índice del ácido carbónico hacia el plasma había ascendido a 56, la creatinina había descendido a 1.8 y el nitrógeno uréico a 16. El caso abandonó el hospital en perfecto estado.

OBSTRUCCION PROSTATICA (6)

El nitrógeno uréico es el índice más seguro en estas operaciones. El pronóstico raras veces falla. Las cifras menores de 20 mgs. prueban que el riesgo operatorio ofrece buen augurio (por lo que al riñón se refiere). Entre 25 y 30 mgs. la operación exige grandes precauciones e indica que las condiciones del enfermo demandan tratamiento previo dietético, dirigido inteligentemente, para relevar al organismo de la retención azoada que sufre. La cifra que pasa de 30 mgs. muestra la mejor evidencia de que el riñón se encuentra envuelto en el estado que se describe y que el pronóstico operatorio es bastante pobre.

ANEMIA PERNICIOSA (7)

El colesterol está disminuido notablemente en la anemia perniciosa. Cuando se recuerda la acción antihemolítica del colesterol, se convendrá en la importancia de esta observación y su aplicación en el tratamiento. Los investigadores italianos han llegado a conseguir aparentemente resultados beneficiosos con la administración terapéutica del colesterol en estos estados.

CONDICIONES DIVERSAS (8)

La acidosis es común en la diarrea de la infancia. El poder de combinación del ácido carbónico hacia el plasma sanguíneo, proporciona la clave del tratamiento, como derivación lógica de un diagnóstico preciso.

(6) J. Lab. Clin. Med 5, 348, [1920].
(7) J. Lab. Clin. Med 5, 349, [1920].
(8) J. Lab. Clin. Med. 5, 349, [1920].

Los desórdenes de las glándulas de secreción interna, llevan consigo alteraciones, a veces profundas en la tolerancia de los hidrocarbonados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (9)

Por lo que se deja dicho, se entenderá hasta donde puede llegarse en la diferenciación de la diabetes renal y la verdadera diabetes. El ácido úrico señalará sin titubeos, cuando se está en presencia de la gota o del artritismo (en esta última el ácido úrico es normal). Los casos clínicamente designados de hipertonia, demuestran en el análisis: (1) ácido úrico excesivo; (2) retención definida del nitrógeno uréico; (3) creatinina algo superior a lo que era de esperarse por la proporción del nitrógeno uréico retenido, un cuadro que encaja perfectamente en el marco característico de la nefritis de tipo arterioesclerósico. En la afección esencialmente designada hipertonia, el ácido úrico está aumentado, pero no así el nitrógeno uréico y la creatinina La apoplejía acusa clínicamente un cuadro análogo al de la uremia, pero los datos hemoquímicos son inversos en el primero en cuanto al segundo, puesto que las cifras normales de urea y creatinina en la primera afección permiten dictar la diferenciación diagnóstica inmediatamente; y por último existen casos graves de nefritis, (que no pueden ni deben pasar desapercibidos sin señalarse) cuyo poder de combinación del plasma sanguíneo hacia el ácido carbónico debe conocerse bien, porque expresa el verdadero estado de acidosis, que da la clave para el tratamiento, señalado en otro sitio de este trabajo.

PRONOSTICO PROFETIZADO

El caso descrito por Halsey es bien típico, por cuanto se relaciona con esta diferenciación, presentado además el hecho sobresaliente y de gran perplejidad, *de que la orina jamás acusó albúmina ni cilindros y el estado aparente del enfermo nunca hizo sospechar* a los extraños en estas materias *su estado grave ni su próxima muerte.* Fué este un caso *que de haber fallado el pronóstico hemoquímico* se hubiera escrito la primer excepción a la regla de un caso que encerraba ambos extremos: un pronóstico clínico más o menos consolador y lleno de esperanzas, frente a un pronóstico hemoquímico desesperado y fatal.

CONSTITUYENTES NITROGENADOS (10)

En la sangre existen en dos formas: protéicos y no-protéicos. Los primeros no tienen tanto interés para el clínico como los segundos. Es-

(9) J. Lab, Clin. Med. 5. 349. [1920].
(10) J. Lab. Clin. Med. 5, 418–422 [1920].

tos últimos abrazan: la urea, ácido úrico, creatina, creatinina, los amino-ácidos y el amoniaco. Las desviaciones del nivel normal en estos constituyentes nos proporcionan los medios de enfocar y distinguir algo de cuanto ocurre en lo íntimo de nuestro ser, durante los procesos del anabolismo y catabolismo. Durante la digestión (si la ración contiene proteidos) puede haber una elevación temporal de nitrógeno no-protéico y del amino-ácido. El enunciado de Folin, en su clásica monografía, debe quedar esbozado ahora, para la interpretación apropiada de cuanto se diga más adelante: *la urea y la creatinina forman los extremos, el ácido úrico el punto medio.* La urea es exógena y la creatinina, se formación endógena. El ácido úrico, participa de ambas cualidades, en las condiciones ordinaras de dieta. La urea se forma (en su mayor parte) en el hígado, del amoniaco que resulta de la desaminización de los amino-ácidos de la digestión y que no son de uso inmediato a la economía animal. El áácido úrico es de origen enzimático procedente de las amino-y oxi-purinas, y como resultado de la actividad de varias glándulas. La creatinina se forma (en los músculos) de la transformación de la creatina. El orden de eliminación sigue la pauta *creatinina-urea-ácido úrico* y el orden de retención, la páuta inversa, *ácido úrico-urea-creatinina.* La relación o proporción centesimal del nitrógeno uréico al nitrogeno no-protéico total es significativa. En salud perfecta gira alrededor del 50% o algo menos, pero la más ligera alteración renal aumenta algún tanto esta relación centesimal y en los casos más graves puede alcanzar al 75% o aún más. Para obtener esta proporción centesimal multiplíquese la cifra del nitrógeno uréico por ciento y divídase por la cifra del nitrógeno no-protéico.

El cuadro de retención nitrogenada puede ocurrir en condiciones patológicas diversas, *que envuelvan al riñón.* Además de la nefritis avanzada (que ya se citó) también ocurre en el envenenamiento por el bicloruro de mercurio, en el riñón poliquístico doble y algunas veces en la nefritis aguda (en la forma parenquimatosa generalmente los valores aparecen bajos). Se observan valores altos, con suma frecuencia, en los tumores malignos, pneumonia, obstrucción intestinal, envenenamiento saturnino, a veces en la sífilis y afecciones cardiacas. En la obstrucción prostática sin complicaciones el nitrógeno uréico nunca soprepasa muy por encima de 30 mgs.

Pueden observarse retenciones ligeras en la úlcera gástrica o en la del duodeno. Las retenciones francas y bien definidas se obtienen con frecuencia también en la diabetes. Cuando el nitrógeno uréico es normal y el ácido úrico está elevado, sugiérese un estado gotoso (si no existe la complicación renal). En la eclampsia, el nitrógeno uréico si

está aumentado, será en grado leve. En los embarazos normales las cifras (bien extraño por cierto) son subnormales, entre 5 y 9 mgs. frecuentemente.

El nitrógeno uréico (exógeno) está influenciado más que la creatinina (endógena) por la dieta. Para el prognóstico, la mejor guía es la creatinina; para el tratamiento, el nitrógeno uréico. Para el diagnóstico en sí, el cómputo del cuadro hemoquímico interpretado con el acopio de datos preciosos que se van aportando.

El factor renal puede descharse sin temor en el prognóstico de las operaciones de la próstata, si se siguen al pié de la letra las reglas de orientación aportadas anteriormente acerca del nitrógeno uréico. En la nefritis de los niños nunca aparece tan rápidamente la retención nitrogenada como en los adultos, y por esa razón, cuando ocurre, debe saberse inmediatamente, por los peligros que envuelve y por el pronóstico que su desenvolvimiento sugiere.

En cuanto a tratamiento en la retención azoada, existen dos armas de defensa: (a) el estímulo de la secresión renal; (b) la disminución de la ingestión, de ázoe, teniéndose cuidado de mantener las calorías. El método (a) está en voga mientras no existan contraindicaciones. El método (b) ha proporcionado éxitos lisonjeros. La dieta de Folin (almidón y crema de leche) en la nefritis crónica, por un período de 5 a 10 días, seguida de otra dieta casi desprovista de proteínas, ha dado resultados que no han quedado desapercibidos para la profesión médica, ya que no solamente los síntomas desagradables no reaparecieron durante el tratamiento, sino que también, además, las cifras anormales del examen hemoquímico (en la nefritis intersticial leve) descendieron a su nivel normal. Un análisis crítico de los casos estudiados por Olmstead y Caulk (11) demuestra que, después de manifestada la retención, si los compuestos nitrogenados de la sangre no descienden a su nivel normal, después de haber transcurrido un mes de tratamiento de hospital, no se conseguirá jamás descenso alguno.

DIETAS DE EMERGENCIA

Dos dietas pobres en proteína son mencionadas como ejemplo. Fueron tomadas del trabajo de Chace y Rose (J. A. M. A. 1917, 69, 440).

(*Continuará*).

(11) "Present status of blood nitrogen in surgical lesions of the Kidney", W. H. Olmstead y J. R. Caulk, J. A. M. A., 79, 1380 [Oct. 21, 1922].

CULTIVO DE NIÑOS

Dr. A. Fernós Isern.

¿Necesitan nuestros niños de especiales y solícitos cuidados, en aras de la futura fortaleza de nuestro pueblo?

Veamos....

El día siete de enero de 1922, el Club Cívico Femenino llevó a efecto, como término de su Semana del Niño, un día de las Madres. Se establecieron clínicas para niños sanos y enfermos por toda la ciudad. Era el propósito hacer un reconocimiento, una exploración, un *survey,* del grado de salud de la generación que nos sigue en este perpétuo pasar de la Humanidad por sobre el puente de la vida tendido entre dos misterios.

¿Conocéis este suburbio de San Juan, situado en la extensión extramuros, hacia el norte de la isleta, sobre la estrecha faja de tierra que se *desliza* entre el cinturón del mar y la vieja y romántica muralla que aprisiona el antiguo caserío?

Es un apiñamiento de pobres casas, que apenas respetan la alineación de una calle embrionaria y que se multiplican en todas direcciones, sin orden ni concierto. Bate allí de contínuo la brisa marina y se combinan así y se modifican en sus efectos, el hacinamiento y la aereación, en un antinómico conjunto de vida y muerte.

Concurrieron a nuestra clínica setenta y siete niños, así clasificados.

Menores de un año	33
De uno a dos años	14
De dos a cinco	25
De cinco a siete y medio	5
Total	77

Examinaremos los grupos detalladamente, y haremos luego consideraciones sobre el conjunto.

Menores de un Año:

Sanos	15	Con peso normal	28
No sanos	18	Con peso subnormal	5
	33		33

Su estado de salud era el siguiente:

1—Desórdenes gastro-intestinales	5
2—Dermatosis	4
3—Recrecimiento glandular	3
4—Malnutrición	2
5—Catarrro Nasal	2
6—Amigdalas hipertróficas	1
7—Otorrea	1
8—Catarro pulmonar	1
9—Tos Ferina	1
10—Onfalitis	1
11—Deformidad Toráxica	1
12—Tuberculosis pulmonar	1
Total	23

Entre 18 pacientes, 23 dolencias.

Segundo Grupo: ..

De uno a dos años; 14

Sanos 1	Peso normal 8
No sanos 13	Peso subnormal 6

Como se ve el número de los mal nutridos, de peso subnormal, ya es mayor. Y es que, efectuado el destete, la alimentación resulta inadecuada en la generalidad, tanto en cuanto a preparación, como a calidad de las substancias empleadas.

Hubo las siguientes enfermedades:

1—Dermatosis	6
2—Recrecimiento glandular	5
3—Gastro-intestinales	4
4—Amigdalas	2
5—Catarro nasal	2
6—Raquitismo	1
Total	20

13 enfermos; 20 dolencias.

Tercer Grupo:

De dos a cinco años:—25.

Sanos 3	Peso normal 12
No sanos 22	Peso subnormal 13

El porcentaje de los que tienen un peso subnormal sigue en aumento. Y así el de los no sanos.

Adolescían de:

1.—Amígdalas hipertróficas	8
2.—Dentadura careada	8
3.—Gastro-intestinales	4
5.—Catarro nasal	4
6.—Recrecimiento glandular	3

7.—Pulmones	3
8.—Oidos	3
9.—Malnutrición	2
10.—Adenoides	2
11.—Piel	2
12.—Tuberculosis	1
13.—Corazón	1
14.—Hernia	1
Total	46

22 pacientes; 46 dolencias.

A tan temprana edad, ocho tienen dientes careados ya.

Cuarto Grupo

De cinco a siete y medio:

Sanos	1	Peso normal	1
No sanos	4	Peso subnormal	4

Sigue pues la progresión sin desmentirse.

Según suben por la escala de la vida, la desnutrición es más frecuente, y los enfermos se encuentran en mayor número proporcional.

Se clasifican:

1.—Dentadura careada	1
2.—Oidos	1
3.—Pulmones	1
4.—Hernia	1

Las afecciones gastro-intestinales agudas ocupan, desde luego, puesto preeminente en los primeros años. Después, ya puede el tubo intestinal digerir *el alimento del adulto,* con menos dificultad. Pero se ven aquellas afecciones substituídas por la falta de peso, por el escaso desarrollo. Antes fué un alimento inadecuado; ahora es escaso y de pobre calidad.

Las dermatosis merecen mención especial. Son muy frecuentes y

tienen origen parasitario o piógeno casi siempre. Incuria. Promiscuidad. Indumentaria impropia.

Sigue en turno el recrecimiento glandular. Por las propias dermatosis; por la pre-tuberculosis, tan de esperarse en tales desnutridos; por la heredo-sífilis; por el linfatismo; por las caries dentales.

La Tuberculosis no está presente, evidente, más que en dos ocasiones todavía Es muy temprano para ella aun. No es su estación. Estamos aquí en la siembra; preparando el terreno; recibiendo la semilla. Ya germinará más tarde, con la juventud. Bien que se están preparando las sementeras.

Los ojos y los oidos, órganos de los dos sentidos más nobles, están representados; por desgracia. Se preparan los ciegos. Sin luz en los ojos, ¿la habrán de conseguir alguna vez en la inteligencia?

El período en que este examen se hizo, fué uno inter-epidémico. No prevalecía ninguna de las enfermedades infecto-epidémicas de la niñez; era este un período de *¡normalidad!*

¡Como se ven pasar, año tras año, esas taras sobre tan débiles hombros!

¡Ah¡ Son las mismas causas; son los mismos efectos. Aquí, como en todas partes, la ignorancia y la carencia en maridaje, no engendran sino enfermedades y dolor; padecimientos físicos y morales.

De generaciones que así se forman, que así se levantan, no tenemos derecho a esperar mucho. Quienes así penetran en la vida, ¿de qué fuerzas se asisten para sus luchas? ¿qué estímulos reciben? Los hogares que ellos formen luego ¿podrán ajustarse a otros cánones; ofrecer mejor ambiente a las generaciones sucesivas; albergar mayor suma de felicidad?

He aquí donde debemos intervenir por solidaridad social.

He aquí, donde y porqué necesitamos "cultivar nuestros niños" para el futuro bienestar, para el pleno y feliz desarrollo de nuestro pueblo.

IMPORT SALES & BUSINESS AGENCY INC

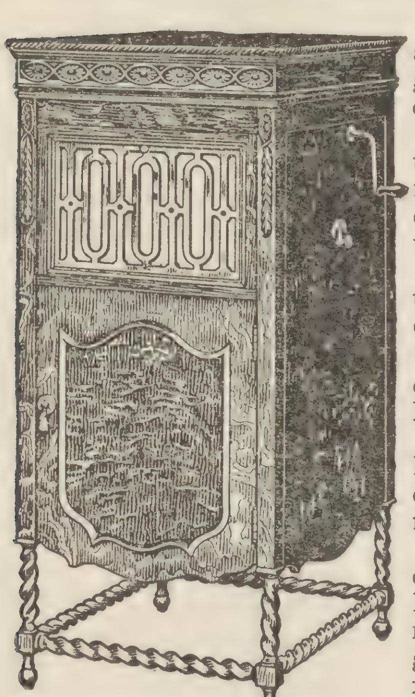
(LA TIENDA DE MUSICA)

Allen 89, Frente al Teatro Municipal—San Juan, P. R.

Representantes exclusivos y distribuidores para Puerto Rico de los afamados Pianos, Auto Pianos y fonógrafos fabricados por la **Starr Piano Co.,** de Richmond, Ind. y de los ventajosamente conocidos Discos **Gennett.**

EL FONOGRAFO "STARR"

EL FONOGRAFO "STARR" compite favorablemente en calidad y mecanismo con cualquiera otro instrumento similar en el mercado.



Deseamos llamar especialmente la atención del público hacia las siguientes ventajas que desafían la comparación más escrupulosa:

1a.—Todas y cada una de las partes de que se compone este instrumento, son fabricadas por completo en la Planta de la "Starr Co.", por verdaderos expertos en este ramo.

2a.—La garganta y bocina sonante, es construída de la madera con que se fabrican los más delicados violines "Stradivarios" conocida en el mundo por "la madera musical de los siglos"".

3a.—LA DIFERENCIA ESTA EN EL TONO, el que mejora con la edad como en los violines y pianos más delicados.

4a.—Reproduce con igual perfección cualquier marca de discos: calidad de que carecen otros instrumentos similares. Mediante un ligero cambio en la posición de la caja fonética y de la aguja, este fonógrafo puede tocar los discos EDISON, PATHE y los demás de otras marcas, que requieren fonógrafos especiales.

Ventas a Plazos cómodos, sin garantías de segundas firmas.

Visite nuestra Exhibición en Allen 89.

Teléfono No. 947. P. O. Box 486.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LAS DERMATOMICOSIS

Arturo L. Carrión, M. D.

Después de una preparación conveniente en los hospitales de la Habana y Nueva York, hace poco más de dos años que regresé a Puerto Rico y desde entonces me ocupo de las afecciones cutáneas. Durante este período he estudiado un número crecido de casos: muchos de esta ciudad y varios procedentes de distintos puntos de la isla. Aunque en el breve plazo de dos años no es posible formular experiencias extraordinarias, la observación detenida de dichos casos me ha permitido ir formando idea del aspecto general de las dermatosis con la faz que ellas presentan en nuestro país y hasta he podido observar en algunas enfermedades ciertas formas clínicas un tanto distintas de las que estudiamos en los grandes hospitales y cuyas formas clínicas no he visto descritas en varios tratados de dermatología a los cuales he recurrido en busca de referencias.

Han llamado particularmente mi atención en este sentido las der-

matomicosis. Tal es el motivo que me impulsa a presentar ante vosotros el modesto trabajo que ocupa vuestra benévola atención en esta noche. Ciertamente he decidido con temor someterlo a la consideración de esta honorable asamblea ya que mis pobres dotes se rebelan contra mi propósito. Pero esta osadía en que incurro es perdonable porque las ideas que pienso desarrollar están fundamentadas sobre datos clínicos indiscutibles y un estudio detenido de dichos datos. Por otra parte, no recuerdo que alguien en este país se haya ocupado anteriormente de la dermatología como *especialidad exclusiva,* y en tal sentido se me ocurre pensar que por modestas que sean las impresiones que puedan dejar en vuestro ánimo las experiencias que os propongo, han de ser interesantes, sin embargo, porque ellas se refieren a una materia poco analizada hasta ahora en el terruño. Una cosa puedo aseguraros que es la utilidad práctica de esas experiencias.

En el registro de mi oficina conservo la historia clínica de los enfermos a quienes he tratado de afecciones parasitarias de origen vegetal. Muchos e interesantes son los casos. No tengo, sin embargo, el propósito de molestar vuestra atención más de lo necesario y al efecto he seleccionado un pequeño grupo de historias clínicas, las que me parecen de mayor significación para mis fines, con los cuales me propongo presentaros concretamente los puntos esenciales de mi observación.

Caso No. 1

La primera se refiere a un joven de San Juan, de 17 años de edad blanco, estudiante, que solicitó mis servicios en Noviembre 9 del año pasado (1921).

Interrogado el paciente, me dice: "Hace poco más de un año padezco de una erupción que se extiende por casi todo el cuerpo con un prurito intenso, a veces desesperante, que me obliga a rascarme violentamente sin consideración de sitio o de lugar. Durante este tiempo he visitado varios médicos,—continuó diciéndome—y mi enfermedad ha sido diagnosticada diversamente, habiéndoseme sometido a los más variados tratamientos sin resultados favorables". "¿Por dónde empezaron las molestias," hube de preguntarle. "Por las ingles", respondiome, punto este que llamó mi atención. Le ordeno entonces despojarse de la ropa procediendo enseguida al examen y me encuentro con un cuadro verdaderamente interesante.

La inspección por delante nos presenta una extensa erupción de placas hiperémicas. La mayor de estas placas, superiormente situada, sobrepasa un tanto por arriba los límites del ombligo. Desde aquí desciende

difusamente por la parte inferior del vientre; luego traspasando las ingles envuelve la piel anterior de los muslos a los cuales contornea, por ambos lados, e inferiormente desciende hasta cerca de las rodillas. Las otras placas, del tamaño de una palma de mano más o menos, interesan la piel de las piernas llegando algunas hasta los piés.

Vuelto por detrás, encontramos un gran número de lesiones de diversos tamaños, que, confluyentes en algunos sitios y discretas en otros, se extienden desde las nalgas hasta los pies afectando la piel de estas regiones en distintas áreas.

El resto del tronco ha quedado libre de la erupción; pero más arriba, en la parte derecha de la región cervical, hay una extensa zona atacada. La enfermedad en este sitio interesa la región retroauricular desde donde avanza hacia abajo sobre el cuello viniendo a morir en la parte superior de la región esternal.

Hay ciertos rasgos que imparten a estas lesiones un aspecto característico. Los bordes, vivamente coloreados, se demarcan de un modo perfecto festoneándose irregularmente. Están constituídos por multitud de papulovesículas alineadas como filas de soldados. Es allí donde existe la mayor actividad patológica, el sitio de las avanzadas. En efecto, la enfermedad va invadiendo nuevos campos, gracias a la progresión excéntrica de sus bordes. La parte central de cada placa, por el contrario, se encuentra en un estado de regresión más o menos completa. No muestra ya el color rojo vivo de los bordes. Sólo se nota la pigmentación oscura que dejan siempre tras sí al declinar las afecciones crónicas de la piel, y sobre este fondo una porción de papulo-vesículas que se levantan aquí y allá sin seguir orden alguno. Por último existe un grado de paraqueratosis moderado en toda la superficie afectada.

Los caracteres que quedan señalados me hicieron sospechar que la erupción era de origen parasitario. Al efecto, obtuve algunas escamas y después de prepararlas convenientemente, las examiné al microscopio donde pude comprobar la presencia de *micelium* abundante y característico, quedando así confirmada mi sospecha. Quise entonces diferenciar el parásito y tuve esta curiosidad porque recientes trabajos que han sido publicados en los Estados Unidos atribuyen muchas de las afecciones parasitarias de la piel al epidermofiton inguinalis. Pero apesar de hacer siembra de las escamas de la lesión en dos platillos de Petri con medios apropiados, no pudimos conseguirlo. Existe un dato, sin embargo, en la historia clínica que nos guía ciertamente a identificarlo que es el hecho de haberse iniciado la erupción en la región inguinal, donde radica con tanta frecuencia una tricofitosis que todos conocemos, la *tínea cruris.*. De lo cual se desprende que el caso en cuestión fué en su principio una tínea

cruris y que esta enfermedad extendiéndose después de manera exagerada llegó casi a generalizarse; y es curioso hacer notar que nadie que hubiese visto la extensión de esta dermatosis habría imaginado en el primer momento que se tratara de un caso de tínea cruris. El diagnóstico directo queda pues establecido y no me detendré a discutir el diagnóstico diferencial por parecerme poco provechoso.

De acuerdo con el concepto expresado el tratamiento antiparasitario fué instituido el 12 de noviembre; el 15 existía ya una notable mejoría, el 19 solo quedaban algunas papulo-vesículas diseminadas por el cuerpo y una semana después la curación era completa.

Haciendo un estudio minucioso de este caso podríamos encontrar una porción de cosas interesantes, pero no quiero entrar en pequeños detalles. Solamente me interesan ciertos puntos esenciales que saltan a la vista en los cuales debemos fijar nuestra atención a la vez que por el interés científico, por la utilidad práctica que ellos encierran.

Son los siguientes: Primero.—Que la enfermedad a que nos referimos fué clasificada diversamente por distinguidos compañeros que tuvieron la oportunidad de observarla.

Segundo: Que el microscopio y la rápida eficacia del tratamiento específico establecen categóricamente su naturaleza parasitaria.

Tercero: Que la ausencia de un diagnóstico correcto con el tratamiento correspondiente ha obligado a este sujeto a sufrir las intensas molestias de su enfermedad durante más de un año.

Cuarto: Desde el punto de vista científico, resulta interesante ver la extensión que puede tomar una tricofitia como la tínea cruris que ordinariamente se limita a una pequeña región.

Caso No. 2

El segundo caso que os presento es el de un caballero de cuarenta y tres años de edad que se ocupa en el magisterio, residente en Rio Piedras, que viene a verme en Septiembre 18 de 1920.

Historia:—El padre fué un asmático, un hermano murió tuberculoso. Nada más en la historia que pueda interesarnos.

Se queja el enfermo de una erupción general que le pica intensamente obligándolo a rascarse con cierta violencia en todas partes y ocasionándole a veces largas horas de insomnio. Duración del padecimiento, 15 meses. Lo han examinado cuatro compañeros proponiendo otros tantos diagnósticos tales como el de sífilis, herpes, ácido úrico, etc. y ensayando variados procedimientos terapéuticos pero con resultados nulos.

Al examen clínico nos encontramos una erupción en placas muy parecida a la del joven de quien nos ocupamos anteriormente. Las lesiones en particular son aquí menos extensas pero la generalización de la enfermedad es más completa no limitándose ya a los miembros y al cuello sino que invade además la piel del abdómen, pecho y espalda. Los bordes son igualmente festoneados y los forman papulo-vesículas, pero el carácter inflamatorio es aquí más prominente que en el caso anterior y existen además numerosas pápulas hacia el centro de la lesión.

Los síntomas que quedan expresados proponen, desde luego, en este enfermo como en el anterior un diagnóstico de dermatomicosis; el examen de las escamas resultó positivo y el tratamiento fué instituído el mismo día. El precipitado blanco de mercurio produjo buenos efectos en algunos sitios, pero no fué posible dominarla completamente con esta droga y al cabo de un mes hube de recurrir al hiposulfito de sosa con cuyo agente la enfermedad declinó rápidamente hasta la completa curación en menos de dos semanas.

Analizando este caso encontraremos que sus caracteres generales se confunden con los del anterior. En efecto: su naturaleza parasitaria ha quedado fuera de duda y sin embargo ciertos caracteres especiales como el prurito pertinaz, la extensión extraordinaria, la infiltración, etc. desviaron el diagnóstico en distintos sentidos y como consecuencia este enfermo, al igual que el anterior padeció largo tiempo de sus síntomas molestosos por falta de diagnóstico.

Caso No. 3

La última de las historias que he escogido es la de la señora D. S. de 48 años de edad, blanca, casada, natural de Jayuya, con residencia en Humacao. Al ser interrogada sobre sus antecedentes manifiesta que su padre murió de hidropesía, que la madre y una hermana murieron de fatigas, y que tiene dos hijos que padecen de la piel.

Padece nuestra enferma una erupción facial en forma de una placa de hiperemia poco mayor que una palma de mano que ocupa la mitad derecha de la frente, parte externa del párpado correspondiente y mejilla del mismo lado. Hacia afuera la lesión está limitada por un borde que destaca limpiamente sobre la piel normal, compuesto de pápulas y vesico-pápulas alineándose graciosamente en forma festoneada. Hacia adentro la línea de demarcación no es tan concreta y se confunde insensiblemente con la piel normal. El resto de la lesión presenta una hiperemia moderada, con algunas pápulas y vesículas caprichosamente dispuestas. El prurito es molestoso. Desde el punto de vista de la extensión, se observa que el resto del cuerpo se encuentra libre de la

Caso No. 1.

Caso No. 2.

erupción, excepción hecha de una pequeña plaquita situada en la región subclavicular derecha.

Según las manifestaciones de la enferma, el padecimiento data de siete años hasta entonces. Ha sido examinada varias veces y se ha diagnosticado su enfermedad como sífilis, eczema, uricemia y no recuerdo que otras opiniones. Ha sido sometida de acuerdo con estos diagnósticos a los tratamientos más diversos. Entre otras cosas recuerda ella una serie de inyecciones intravenosas de neosalvarsan, inyecciones mercuriales, arsénico en distintas formas, disolventes del ácido úrico, múltiples depurativos; y localmente lociones y ungüentos de los más variados.

El carácter parasitario fué sugerido en este caso por el aspecto clínico especial que ostentaba la erupción; y el examen de las escamas obtenidas del borde de la lesión acusaba la presencia de *micelium* abundante.

Hechas las indicaciones la enferma se pone en tratamiento y al cuarto día vuelve a mi consultorio llena de asombro viendo casi completamente disipada la erupción que había afectado su rostro durante siete años y libre ya de la picazón molestosa que la aquejaba. Unos días más y la curación era completa.

Ahí tenéis un caso altamente interesante. El factor etiológico es el mismo que en los otros y el efecto rápido del tratamiento coincide con lo que observamos en aquellos. La extensión, sin embargo, es reducida por demás en este caso, ocupando solamente una pequeña área. Pero lo que más llama la atención es el hecho de que siendo una enfermedad de tratamiento tan rápidamente eficaz, haya torturado a una enferma durante siete largos años.

No son estos, en manera alguna, los únicos casos que guardo en mi registro; existen otros, muchos otros, que sería curioso estudiar seguro de que encontraríamos en ellos detalles de interés variado; pero si así lo hiciéramos sería extendernos demasiado. He seleccionado las historias de estos tres porque ellas sugieren vivamente los puntos principales que deseaba llevar a vuestra imaginación.

Pues bien, hecho el estudio de cada caso particularmente, es ahora fácil generalizar nuestras ideas en las concluciones siguientes:

1. Recientes investigaciones practicadas sobre parasitología cutánea han colocado en el grupo de las dermatomicosis un gran número de enfermedades anteriormente clasificadas en otras divisiones de la dermatología.

2. Siendo así que las dermatomicosis responden favorablemente a una terapéutica apropiada, a veces con extraordinaria rapidez, la importancia suma del diagnóstico queda establecida ya que los enfermos en cuestión sufren a veces por años las molestias de esta dolencia cuando un simple tratamiento local puede librarlo de ella en un período corto.

3.—Existe en este país una forma especial de dermatomicosis cuyos caracteres diferenciales están representados por la *extensión* considerable, la verdadera generalización podríamos decir, de la enfermedad y el *intenso prurito* que la acompaña.

ALGUNOS RECIENTES DESCUBRIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA UNCINARIASIS

Rolla B. Hill, B. S., M.D., Director for Porto Rico
International Health Board

Una Comisión dirigida por el Dr. W. W. Cort, de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de John Hopkins, se ha dedicado todo el pasado verano a problemas relacionados con la historia biológica del Necator Americanus en Pto. Rico, donde el parásito por primera vez fué descubierto por Ashford. Como se ha reanudado el interés en

la campaña para el control de la Uncinariasis, un resumen de algunos de los últimos descubrimientos en este campo no estaría demás darlo a conocer a nuestros lectores.

Aunque desde el trabajo de Looss sobre el Anquilostoma duodenal (Ancylostoma duodenale) los datos generales que envolviera han sido reconocidos, todavía muchos problemas han quedado sin resolver. Es ya tan bien sabido que no necesita repetición el que los huevos del parásito depositados en los intestinos no pasan al período larvario hasta que hayan sido expulsados del cuerpo y que una vez en el exterior bajo condiciones adecuadas entran después de las primeras 24 horas al período de larvas y no llegan a ser infecciosas sino hasta los 4 o 7 días; que viven en el terreno por algún tiempo esperando la ocasión para infectar un ser humano comúnmente penetrando por la piel, y que después de algún tiempo llegan a los intestinos iniciando allí la vida sexual, cerca de 6 semanas después de la infección cutánea.

Solamente indicaremos algunos de los problemas sobre los cuales no se ha dicho la última palabra: (a) no estamos seguros de la duración de la vida prolífica del adulto; (b) no sabemos la cantidad de huevos que pone diariamente cada gusano, ni qué condiciones afectan esta producción; (c) no sabemos cuánto tiempo vive la larva en el terreno, ni qué condiciones afecta su duración biológica, así como tampoco qué distancia ellas recorren desde su sitio original; (d) qué por ciento de las larvas que penetran la piel alcanzan a ser gusanos adultos en el intestino. No podemos determinar, a menos que se haga sobre bases inseguras la intensidad de Uncinariasis en una comunidad; (e) y nunca hemos podido, al tratar un gran número de personas, decir cuántos tratamientos provechosamente podrían dársele a un individuo. Ni después de campaña alguna (f) hemos podido calcular con exactitud el índice de reducción de la enfermedad que se ha obtenido, (g) ni determinar científicamente cuánto podrá durar tal reducción.

La historia biológica de las larvas en el terreno ha sido estudiada solamente en el laboratorio y por lo tanto ha sido un estudio incompleto porque hasta hace poco no habia medio alguno para separar las larvas en el terreno para su estudio. Baermann (1) inventó un aparato, perfeccionado y utilizado por Cort, (2), el cual ha permitido hacer grandes progresos. Cort puede extraer más del 50% de las larvas en cualquier muestra de tierra, y así puede estudiarlas en su medio ambiente natural bajo todas las condiciones.

Por mucho tiempo se nos ha estado enseñando que la larva llega a su madurez después de mudar la cubierta tres veces y que conserva la últma mudada como cubierta protectora hasta que empieza a penetrar en la piel

en su última etapa—el hombre. Cort, y otros (3), descubrieron que es común y aun habitual para las larvas en el terreno deshacerse de esta cubierta tan pronto llegan a su madurez y que estas larvas desprovistas de esa cubierta viven verdaderamente tanto como sus vecinas encapsuladas y que penetran la piel con igual facilidad.

Descubrieron que las larvas pueden resistir bastante la sequía, pero que ellas prosperan mejor y duran más en terrenos arenosos mezclados al humus, en sitios húmedos y sombríos y con abundante lluvia. Las plantaciones de café, por lo tanto, como hace mucho tiempo pudo observar la Comisión de Anemia en Puerto Rico, proporcionan por lo regular sitios propicios para el crecimiento y permanencia de las larvas.

La larva madura no se alimenta durante el tiempo a contar desde la última vez que muda la cubierta hasta que entra en el cuerpo humano. Mientras crece acumula alimento en forma de gránulos a lo largo del canal intestinal, y este abastecimiento lo usa durante el tiempo de ayuno. Looss sugiere que la duración biológica depende de lo económicamente que sea usada esta provisión. La actividad contínua a que la incita el calor, hace que use el alimento acumulado y acorte la vida. Bajo condiciones regulares la mortalidad es muy elevada, y a menos que no sea bajo circunstancias especiales, todas las larvas desaparecen en menos de dos meses después de haber llegado a su madurez, según descubrieron Cort, Augustine y Payne (4). El concepto general ha sido que ellas se mantienen quizás hasta por un año en el terreno. Este nuevo concepto es muy importante por muchas razones, que se le presentan al médico; entre otras determina y marca imperiosamente el uso de letrinas. Podemos decir con seguridad que a los tres meses después que la contaminación del terreno haya cesado no habrá más peligro de la mazamorra y su consiguiente anemia.

Augustine (4) descubrió también que las larvas en realidad son limitadas en sus movimientos. Nosotros a veces hemos creído que ellas pueden emigrar a largas distancias, más él ha demostrado que por sus propios movimientos nunca recorren más de un pié, y por lo regular menos de esto. Esto es debido probablemente en parte a que no tienen tendencia especial alguna para efectuar emigraciones horizontales en una sola dirección, pero sí pueden hacerlo de atrás para adelante. Además siempre buscan pequeñas elevaciones, tal es como las posiciones más altas de tierra donde vienen a la superficie, y pueden verse con un cristal de aumento tremolando sus cabezas en el aire, sostenidas con sus extremos a la partícula de tierra a la cual están adheridas. Es curioso ver como estas tremolaciones se convierten en movimientos vigorosos con cualquier estímulo, tal como arrimar el dedo a ellas—reacción al calor—

o moviendo la tierra, así como por las pisadas de un hombre. Por supuesto, que las larvas pueden llevárselas la lluvia de su sitio original, o adherirse a los pies de una persona o animal; pero estos focos de infección secundarios, como regla general, no son de tanta importancia como las madrigueras originales de infestación en el sitio de la contaminación. Estos observadores dan énfasis considerando como focos de infección a esos sitios concentrados de contaminación, por lo regular existentes cerca de las viviendas, los cuales, la gente acostumbra escoger para las defecaciones, en vez de aquellos otros en que aparecen esas deposiciones esparcidas, solas y escogidas accidentalmente. El riesgo a la infección, por lo tanto, está limitado a los sitios originales de contaminación en la mayoría de los casos.

La emigración vertical es más determinada. Parece que hay cierto estímulo a la emigración ascendente. La distancia recorrida depende en parte de la calidad del terreno. El terreno suelto, poroso y arenoso ofrece menos resistencia que, por ejemplo, el terreno compacto de barro, y Payne (5) ha observado la emigración ascendente hasta 3 piés. El enterrar las heces infectadas no deja por lo tanto de ser un tanto peligroso. El asunto referente a las letrinas y la contaminación del terreno no ha sido todavía estudiada de un todo, más la "pit latrine" (*) parece ofrecer una seguridad contra la infección de las personas en condiciones normales.

Hasta la fecha no ha habido método alguno exacto y rápido para determinar el grado de Uncinariasis en cualesquiera comunidad o país. En grandes estudios y campañas se ha tenido por fuerza que depender sencillamente de los exámenes microscópicos para determinar la presencia o ausencia de los huevos del parásito. Esta información se completa con la determinación de la hemoglobina y observaciones clínicas, pero esto no puede dar una descripción exacta, ni de la intensidad de la infección colectiva ni de la individual.

Darling y Smillie (6) abogan por la determinación del índice de la infección de gusanos como medio eficiente para calcular el grado de infección en las zonas rurales de Brasil. Ellos han calculado que esta cifra es de 136 gusanos. Esto por supuesto es, relativamente una intensa infección para una comunidad entera. Han demotrado también, que en sus casos los dos primeros tratamientos (usan quenopodio) la droga hace expulsar más del 80% de los gusanos albergados; más como

(*) Por "pit latrine" entendemos un hoyo de 1 á 3 metros de profundidod sobre el cual descansa una construcción de cualquier material durable, cuyo principal requisito es un piso a prueba de moscas.

había de esperarse, los casos más intensos necesitan más tratamiento que los casos leves. Han encontrado asimismo, que la enfermedad es más intensa en los hombres, y por lo regular no es de importancia en los niños menos de 10 años, porque ellos no han tenido suficiente riesgo para la infección.

Con cualesquiera de estos métodos uno podría determinar la cantidad de Uncinariasis en una comunidad, y elegir para tratamiento aquellas áreas que necesitan de ellos con más urgencia. Por ejemplo, los estudios hechos en Puerto Rico en 1919 demostraron aproximadamente el 90% de infección en toda la isla, y en las montañas tanto como en las regiones de la costa, aún cuando todos sabemos que la enfermedad es más intensa en las montañas que cerca de la costa; pero no sabemos cuanto más intensa es, porque la observación clínica no puede con exactitud revelar la diferencia. Una persona puede tener 200 gusanos y no sentirse enferma, mientras que otra solo puede tener 50 gusanos y ser un caso clínico. Desde el punto de vista de la Salud Pública el primero es el más serio. Por otra parte, el por ciento de infección es aún el mismo que el de 1903, pero nadie discutirá que el grado de infección ahora es menor de lo que era 20 años atrás—pero no sabemos cuanto ha disminuído. Nosotros podremos pronto contestar algunas de estas cuestiones satisfactoriamente.

Este incompleto resumen no puede terminarse sin que antes haga mención de la nueva droga que ahora se está experimentando para el tratamiento de la Uncinariasis. El Tetracloruro de Carbono (CCl_4) fué sugerido por Hall (8) en 1921 como posible antihelmíntico. El probó la droga en perros, y monos y en él mismo. Se administró una dósis de 3 c.c. sin mal efecto alguno. En 1922, Leach (9) dió 10 c.c. a un criminal sentenciado sin perjuicio notable. También trató 11 presos con dósis más pequeñas sin malos efectos perceptibles. Smillie (10) administró la droga a 34 personas en el curso de una campaña rutinaria. A dos personas, ambas alcohólicas crónicas, se les desarrollaron síntomas de intoxicación. El y Leach descubrieron que una sola dosis de la droga es curativa y hace expulsar un extraordinario por ciento de los gusanos. Smilie declara q. se expulsa el 98% con una dósis de 3 c.c. En la Guayana Holandesa más de 300 personas han sido tratadas sin accidente alguno por Hausheer. Lambert ha dado más de 1500 tratamientos sin ninguna muerte. Los resultados preliminares, por lo tanto, están siendo verdaderamente alentadores. Solamente una dosis de la droga es necesaria. Se da sin preparación especial y solo le sucede un purgante salino. Pero uno debe tomar en consideración que su uso está todavía en el estado

experimental. Ciertos casos han dado señales de intoxicación. La droga, por la relación química tan allegada al cloroformo (CHCl3) es de suponerse que tenga efectos similares. Según Smillie, puede causar degeneración grasosa del hígado y riñones con dósis hasta de 0.05 c.c. por kilo del peso del cuerpo. La dósis máxima de 3 c.c. no debe dársele a los adultos rutinariamente. Nosotros no tenemos suficientes datos para garantizar su uso todavía, y hasta que no se hagan estudios más extensos de los efectos de la droga, su uso deberá limitarse a estudios experimentales solamente.

LISTA DE REFERENACIAS

1. Baermann. 1917. Meded. mit h. Geneesk, Lab. te Weltreveden, Feestbundel, Batavia, pp. 41-47.
2. Cort et al. 1921. American Journal Hygiene, Vol. 2, 1-16.
3. Cort, et al. 1921. Loc. Cit. 17-26.
4. Cort, et al. 1921. Loc. Cit. 107-161; 162-187.
5. Payne 1922.—Datos sin publicar.
6. Darling y Smillie. 1922. Monographs of Rockefeller Institute, No. 14 y No. 17.
7. Stoll. 1922. Sin publicar todavía.
8. Hall. 1921. Journal A. M. A., Vol. 77, pp. 1641-1643.
9. Leach. 1922. Journal A. L. A., Vol. 78, pp. 1789-1970.
10. Smillie. 1922. Bulletin International Health Board, Vol. 3 No. 1. pp. 11-20.

CASOS CLINICOS

TROMBOSIS MESENTÉRICA

M. Díaz García, M. D., Cirujano de los Hospitales Municipales de San Juan

DATOS GENERALES:—S. S. de veinte años de edad, de color blanco, soltera, doméstica de profesión, con residencia en San Juan. Es admitida en el Hospital Municipal en Agosto 5 de 1922, y a las doce de su noche.

HISTORIA PASADA, demuestra que, excluyendo el sarampión en la niñez y un ataque de influenza durante la pandemia pasada, no ha padecido ninguna otra enfermedad. Responde negativamente a la pre-

gunta que se la hace con respecto a si ha tenido ataques de amigdalitis o de reumatismo. En su historial de familia, tanto el padre como la madre, se les ve gozando de plena salud, así como sus hermanos, tres de ellos: una mujer y dos varones.

HISTORIA PRESENTE: Se queja de que sufre un fuerte dolor abdominal acompañado de diarreas profusas y sensación de debilidad manifiesta. Este dolor la empezó a molestar, en sumo grado a las tres de la tarde del mismo día, 5 de Agosto, siendo desde este momento intenso y extendiéndose por todo el abdómen, viniendo acompañado de vómitos. Estos últimos se repitieron al serla administrada dos purgantes. Las deposiciones se hicieron frecuentes y profusas, pero nunca se tiñeron con sangre y no ofrecían ninguna peculiaridad.

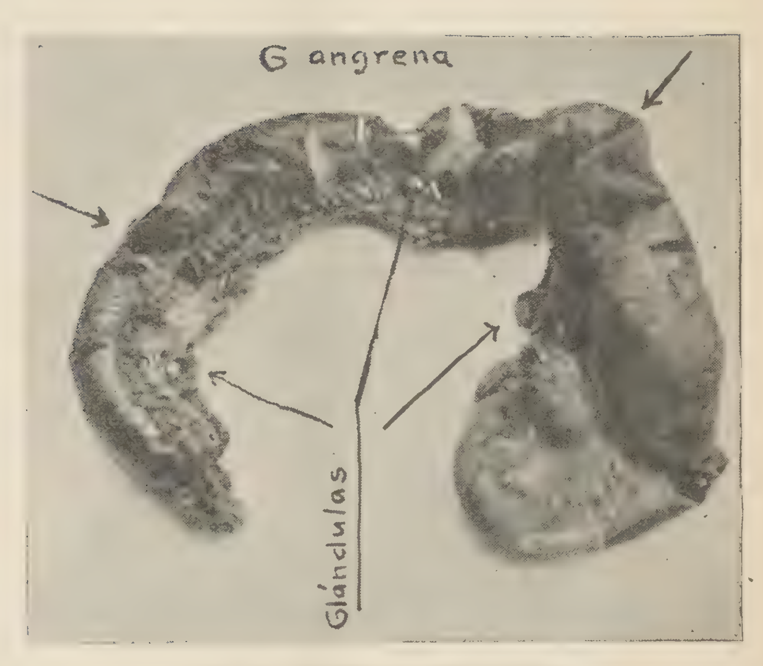
Su estado menstrual, correspondiente al mes anterior, pasó hace cuatro días, no acusando irregularidades, ni tampoco desviaciones de lo normal. Su primer período lo tuvo a los catorce años. Padece de leucorrea pero sin las molestias consiguientes a la abundancia de flujo.

La enferma atribuye su mal, al haber tomado caldo de pescado pocas horas antes.

Es admitida por el interno de guardia de los Hospitales, a las doce de la noche, acusando la baja un diagnóstico de *Colerina.* De acuerdo con el diagnóstico, fué remitida al pabellón de medicina, anotando el interno en su visita una temperatura de 35.8 con pulsaciones de 69 y respiraciones que alcanzaban a 29. Además anotó en el record, dicho interno, que se hacía imposible el examen del vientre por que el dolor era muy fuerte, pero que no se podía notar distensión alguna, así como tampoco rigidez.

Los pulmones y el corazón estaban completamente sanos. Al día siguiente se notó una alteración en la temperatura llegando aquella hasta 39.0 aunque había sensación de mejoría en la paciente según su propia manifestación. En este día el médico de cabecera Dr. R. M. Suárez solicitó una consulta por la tarde. En estos momentos la temperatura había descendido a 37. y algunas décimas. El dolor se iba localizando hacia el lado derecho del bajo vientre, haciéndose intolerable para la paciente la palpación profunda apesar de no haber gran rigidez.

La imagen leucocitaria absoluta arrojaba la cifra de 20,000 leucocitos. La orina no contenía ni albúmina, ni azúcar, ni cilindros. Al proceder a un examen rectal se notó que el dolor se reflejaba hacia el segmento bajo de la fosa ilíaca derecha. No se palpaba masa ninguna y creímos que se trataba de un caso de apendicitis, advirtiéndole a la enferma la necesidad de una intervención quirúrgica. Ella rehusó amenazando con irse del Hospital si en ello se insistía, quedando recluída sin



CASO DE TROMBOSIS MESENTERICA

embargo bajo tratamiento médico hasta agosto 11, que fué entonces, cuando decidió someterse a la intervención operatoria, indicando como razones para ello el que notaba que no mejoraba, apesar de haber cesado los vómitos, el dolor y de haber disminuido las diarreas.

OPERACION Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO:—Se procede a la operación el 11 de Agosto y hecha la incisión hacia el recto abdominal derecho se nota al penetrar en el peritoneo, que el exudado es relativamente escaso. Al examinar las azas intestinales se comprueba claramente como a seis pulgadas del ciego y en el intestino pequeño, un proceso gangrenoso del mismo y en el abanico mesentérico vecinal existía una adenopatía marcada de las glándulas linfáticas que aparecían infartadas y aumentadas considerablemente de volumen. Una de estas ejercía presión sobre el tronco venoso, que parecía obstruir el lúmen de las ramas que regaban el área del abanico mesentérico correspondiente. El apéndice participaba en el cuadro con un proceso inflamatorio.

Fueron separadas 26 pulgadas de intestinos y se procedió acto contínuo a la entero-anastomosis de los extremos. De paso se hizo una apendidectomia.

El resultado post-operatorio ha sido en extremo satisfactorio, a excepción de una pequeña infección en la herida.

OBSERVACIONES FINALES:—Debe notarse que las trombosis se diagnostican al abrirse el vientre. ITEM. Que una exploración a tiempo es de más provecho que una intervención tardía.

NOTAS:—Aunque la fotografía demuestra bastante claramente los detalles y datos ya mencionados arriba, sin embargo, la solución de formol en que se conservó el especimen ha hecho perder la forma, desfigurando algún tanto el abanico mesentérico.

El proceso gangrenoso tardío se debe probablemente a la obstrucción parcial exógena y de procedencia mecánica por presión del tronco venoso por la glándula, no habiendo culminado el caso fatalmente por tratarse de un proceso gradual, apesar de la violencia inicial como se presentó, y estar comprometido solamente el retorno circulatorio, quedando intacta la circulación arterial. Este caso se hace interesante por ser en su mayoría estos casos de origen endógeno por embolias, y trombosis y que presentan un fulminante y destructor proceso, rápido en sus consecuencias, a menos que no se intervenga inmediatamente. Esta desviación de causa en el proceso que nos ocupa explica el cuadro clínico que enmascaró la situación el segundo día con el aspecto subjetivo de sensación de mejoría y la pausa y retardo en la aparición gangrenosa.

VENDO LO MEJOR
:::DE FABRICAS CONOCIDAS:::

Archivos de Acero y Madera, Cajas da Hierro, Escritorios, Sillas, Bibliotecas Seccionales y Efectos para Oficinas

"GLOBE-WERNICKE"

Mimeógrafos "Edison Dick—El único legítimo.

Cajas de Hierro "Herring-Hall Marvin".

Máquinas de Escribir "Smith-Premier" y "National" portátil.

Transitos, Nivelas y materiales para dibujo, «DIETZGEN».

Billares y Accesorios de "BRUNSWICK-BALKE COLLENDER".

Pianos-Pianolas y Vocalions «AEOLIAN».

Pupitres, Efectos Escolares y Butacas para Teatros «AMERICAN SEATING».

Máquinas de Sumar, Restar, Dividir y Multiplicar, marca "MONROE".

MONROE

C. R. Elmendorf

9 Tetuan St.

SAN JUAN, P. R.

TOPICOS DEL MOMENTO

El entusiasmo con que se recibe por la profesión médica ciertos pasos de progreso, es la mayor de las veces, perjudicial a esa misma profesión.

Es muy curioso ver como este fenómeno se desenvuelve en todos los casos de una manera que parece estar como en un programa.

El curso es el siguiente:

1. *Estado naciente.*—Este corresponde al primer momento en que se enuncia ante la profesión el descubrimiento y que casi siempre es recibido con desdeñosa actitud por todos.

2. *Estado de atención.*—En este estado se empieza a manifestar la pasividad o laxitud de los criticantes y empieza a desbordarse el super-entusiasmo de los conversos.

3. *Estado de panacea.*—Aquí ya está desbordado el entusiasmo de los médicos de tal manera que todo lo que se ve, se diagnostica con arreglo a lo descubierto o lo que se receta se ajusta al criterio en moda.

4. *Estado de descrédito.*—La desesperanza ha cundido por la continuación de los fracasos atribuídos no a uno mismo, sino a los procedimientos puestos en práctica según el criterio en moda.

5. *Estado de sedimentación.*—El más interesante de todos porque es aquel que corresponde a la sanción racional, conservadora y fiscalizadora que llevada a cabo por los hombres verdaderamente sabios ha marcado el justo lugar que deba ocupar el descubrimiento o la novedad.

Una vez expuesto el proceso por el que pasa toda novedad científica, vamos a demostrar con hechos lo que exponemos anteriormente.

* * *

En el proceso de sedimentación se encuentra hoy el uso del salvarsan y sus derivados que como recordarán los lectores han venido a través de la década pasada pasando por el tamiz de la prueba ante el laboratorio y ante la clínica. Hoy está en ese período en que se le ha fijado su correspondiente lugar en el arsenal terapéutico. Su aplicación ya no es novedad, ni sus usos están limitados al especialista solamente. Se ha uni-

versalizado y no constituye ni un secreto, ni un privilegio. Ya no es desideratum económico, ni filón de explotación. Se le ha marcado su justo lugar en la terapéutica y de allí ya nadie osará removerlo ni cambiarlo. La acción fiscalizadora de los hombres sabios, ha dado al asunto su última palabra y la experiencia ha quitado novedad y misterio colocándole en su verdadero sitio.

* * *

No pasa así con la organoterapia y en mayor escala con la endocrinología. Estas nuevas concepciones tan fundamentales como se supone que serán no han entrado todavía en el período de sedimentación sino que están estancadas hace cosa de un año, en el más peligroso de los períodos: el tercero. Todo es organoterapia; todo es disfuncionamiento de las glándulas internas. La lente endocrinológica ve ya caracteres, personalidades, individualidades ajustadas a tal o cual tipo de balance endocrinológico. Es un furor, es una locura. Adelantar conclusiones en el presente es temerario y anticientífico y apesar de que se ha adelantado mucho en estos estudios todavía tenemos mucho terreno que andar para sentar principios sobre qué basar clasificaciones y ajustar los criterios. Este estudio ofrece un misterio o y seductor atractivo para el joven estudiante, pero hemos de entrar en él con la mente serena.

* * *

Otro de los asuntos que está atravesando una de las etapas de estos cinco enunciados es el de las vitaminas. Las vitaminas hicieron su furor allá por el año dieciocho al veinte; hoy, están en ese período de descrédito necesario para entrar en el de la sedimentación. De modo que actualmente se encuentran en el cuarto estado y con la tendencia a llegar al quinto que será el que le dé a esta gran concepción científica el justo valor y sitio que le corresponde en la ciencia. McCallum ha dado lo que pudiéramos decir la pauta para hacer pasar este asunto del cuarto al quinto estado. Tanto en el anterior como en este la mente investigadora está alerto y ha de derivar grandes beneficios.

* * *

La infección focal, nuevo concepto que dará al traste con otros fosilizados ya en la profesión y que se creían inamovibles ha orientado la clínica de tal manera que el término se ha hecho una cosa imprescindible en la boca de los prácticos. Este magno asunto está en el período intermediario del tercero al cuarto estado. Ya se ven signos inequívocos del gran entusiasmo que ha levantado entre la profesión, y los dientes extraídos son muchos, las amígdalas operadas incontables, las inyecciones intravenosas de líquidos hematopoyéticos al día, las radiografías multiplicadas. De todos los asuntos traídos hoy ante el lector por este artículo,

el presente es el que más ordenado está apesar de encontrarse en el período transicional más peligroso de su historia incipiente.

* * *

La roentgenología y sus derivados, es la novedad científica más básica y más fundamental que ha entrado en el quinto período casi sin rozar para nada ninguno de los anteriores y se explica esto por ser muy limitadas sus ejecutorias ante la profesión, me refiero a aquellas que se ajustan únicamente a su especialización; esto es, que ella no puede ser practicada sino por personas que limiten estrictamente a ella toda su devoción. Es celosa, no admite compañeras. Esta está sin duda en el quinto período por privilegio especial sin haber pasado por los anteriores.

A. M. A.

REVISTA DE REVISTAS

SECCION DE BIO-TERAPIA

"La pioterapia aséptica en el tratamiento del tifus exantemático".

(Le Bourdelle's "Bulletin de la Societé de Pathologie Exotique".—Junio 14, 1922)

Siguiendo las sugestiones de los Doctores Brideé y Seneret expuestas en 1919, puso el autor en práctica el tratamiento de la pioterapia para el tifus exantemático en 36 pacientes; 32 indígenas de Algeria y 4 europeos. Después de comprobados clínicamente estos casos y también por medio de la reacción Weil Félix en diluciones mínimas al 1|200 y 1|10,000 y de llevar a cabo las inoculaciones en cobayos, llevó a la práctica esta recomendación, usando colateralmente medicamentos que no eran causales y solamente síntomáticos. De estos 9 pacientes, (de ellos 3 europeos) presentaron formas muy graves.

Hiperpirexia, taquicardia (más de 130 pulsaciones)—síntomas nerviosos muy graves y agudos; agitación, delirio, calambres, parálisis de la lengua, sordera y anuria—otros 16—de gravedad con pronóstico muy reservado y los otros 11 de formas más o menos benignas.

De los 36 casos 35 salvaron y uno murió; este último llegó tan grave que no pudo aplicársele más que una inyección.

De dos a trece inyecciones de pus aséptico fueron necesarias.

SECCION DE ENDOCRINOLOGIA

Valor terapéutico de las glándulas paratiroideas en los Estados de Deficiencia de las sales cálcicas.

("Dementia Praecox Studies". Abril, 1922.—H. W. G. Vines, M. B. Bert Memorial Research Fellow).

Revisa la literatura sobre el asunto y recuerda que las paratiroideas son glándulas cuyo funcionamiento es esencial e independiente. Agrega en forma rápida y concisa los siguientes hechos. 1. La producción de los estados convulsivos, consiguientes a la extirpación de estas glándulas. 2. La formación y presencia de la guayadina metílica en los casos en que éste funciona normalmente. 3. La desaparición de estas convulsiones al tratamiento paratirodeo. 4. La prevención de aquellas por el uso de altas dósis de sales de calcio después de una paratiroidectomia quedando todavía en estudio la manera de obrar de estas últimas ya directa o indirectamente. 5. El uso de la terapéutica paratiroidea en la eclampsia y epilepsia. 6. Su uso en la parálisis agitante, corea y uremia.

Trae a la luz la teoría de MacCallum sobre la tetania y cree que la insuficiencia paratiroidea estimula la formación de substancias tóxicas que se combinan con las sales de calcio y así favorecen la pérdida de estas sales. Y por último también trae a la luz la de Massaglia que señala a las paratiroideas como fabricadoras de substancias antitóxicas que neutralizan aquellas que vienen del intestino, o de la preñez, puerperio o fatiga muscular.

Fija pues la función detoxicante de las paratiroideas pero no da a conocer sus relaciones con las sales de calcio en este proceso detoxicante.

La presencia de calcio en la sangre no coagulada se manifiesta en dos formas: la combinada y la ionizada.

La forma combinada es esencialmente coagulante, encontrándose el total de calcio después de la coagulación todo en forma ionizada. Esta forma ionizada de calcio equivale en el individuo normal a 10-5 gramos por ciento. Se observó también que en la sangre no coagulada el calcio combinado puede reducirse a la forma ionizada por el tratamiento de la sangre, por medio de un alcalino.

En algunos casos morbosos que ha estudiado el autor ha encontrado que ha persistido la forma de calcio combinado aun después de la coagulación y que no tan solamente existía deficiencia en el total de calcio ionizado, sino en todas sus formas también.

El autor ha observado más de cien casos y de estos la mayoría perte-

necientes a la forma crónica de algún estado toxémico. Estos casos casi en su totalidad se redujeron a las cuatro entidades siguientes: ulceraciones varicosas, ulceraciones gástricas y duodenales, ulceraciones del cuello de la matriz, y por último ulceraciones sobre superficies cancerosas. Con excepción de las ulceraciones cancerosas todas las demás pertenecen al grupo a las que siempre les precede un estado crónico, ya sea causado por el estancamiento contínuo e incompleto de la circulación de retorno, o bien, por absorciones intestinales o de algún foco séptico. Toma como tipo especial las ulceraciones varicosas.

Como primera peovidencia tan pronto determinó en estos casos la deficiencia cálcica ionizada la reemplaza por medio de la administración de inyecciones de soluciones de cloruro de calcio intramusculares y en cantidad de 1 a 2 gramos una vez a la semana. Hubo mejoría en las ulceras pero se estableció la tolerancia a la droga y fué necesario subir la dosis. En todos mejoraba el proceso ulceroso pero no era permanente esta mejoría y se estableció la tolerancia, por lo tanto este tratamiento es sintomático y no radical.

La administración de sales de calcio *per os* se hizo también sin resultado alguno. Después se usó la substancia tiroidea sin resultado alguno, comprobándose que no está relacionada con el metabolismo de las sales de calcio.

Entonces se probó con la substancia paratiroides en dósis de 1|10 de grano de la glándula seca y enseguida se notó la mejoría. La cifra de calcio volvió al nivel normal y la úlcera mejoró notablemente.

Esta dosis se administra diariamente hasta que la cifra de calcio ionizado se nivele con la normal. Después adminstró la substancia paratiroidea en la misma dósis pero dos veces a la semana hasta que la úlcera cerró. Con este tratamiento las úlceras curaron rápidamente pero cuando las lesiones sobre las glándulas paratiroideas han producido cambios muy notables y hay destrucción de funciones fisiológicas, se hará siempre un nuevo esfuerzo para agregar a la economía la substancia paratiroidea.

La misma experiencia se hizo con los casos de ulceraciones gástricas y duodenales, y el mismo resultado satisfactorio hubo de anotarse. En estos últimos la dósis usada de substancia paratiroidea fué de 1|10 de grano dos veces por semana. Los síntomas desaparecieron cuando empezaba a manifestarse el índice de sales ionizadas de calcio en la sangre.

Así pues, que estudiando estos fenómenos podemos asegurar que a estos casos precede un estado tóxico y crónico y una marcada deficiencia en las sales de calcio ionizadas, así como también el que las glándulas paratiroideas se encuentren deficientes en su funcionamiento.

Estos hechos confirman la hipótesis de Larnoy así como también la teoría de McCallun cuando vemos la conducta de las sales cálcicas en la sangre. Esta última enunciada, dice así:

"Existiendo deficiencia paratiroidea se formarán substancias tóxicas que tienen la tendencia a combinarse con las sales de calcio en la sangre y los tejidos y por lo tanto podemos inferir sus consecuencias. La calidad de las toxinas no parecen ser idénticas a las que producen las convulsiones en los estados postparatiroidectomia y además el descenso del coeficiente cálcico no es tan notable como en aquellos estados. En los niños no se manifestarán las convulsiones hasta que el índice cálcico no descienda más de 7 mg. por ciento. En los casos de tetania en niños lo vemos descender hasta 5.6 Mg."

En ninguno de estos 100 casos tratados nunca estuvo el índice cálcico más bajo de 7 mg. por ciento.

El autor cree, indicado por el resultado de sus experimentos,ya químicos, o terapéuticos, que en los casos ulcerados en el hombre preexiste una deficiencia paratiroidea, que predispone a la baja del coeficiente de calcio ionizado que se entiende a su vez con los fenómenos de resistencia y reparación de los tejidos y que este coeficiente vuelve a su estado normal cuando se aplica terapéuticamente la substancia paratiroidea.

Los resultados obtenidos en la terapéutica paratiroidea restaurando el coelficiente de calcio ionizado en la sangre y por lo tanto aumentando la resistencia y poder reparador de los tejidos, son bastante apreciables para no fijar nuestra atención debidamente. Así es que en vista de los resultados obtenidos en los casos ulcerados observados se podrá deducir las siguientes conclusiones:

1o. Que las paratiroideas tienen bajo su control una función detoxicante.

2o. Que además poseen la función y control del metabolismo de las sales de calcio.

2o. Que estas glándulas son las reguladoras del metabolismo cálcico y en especial del de las sales de calcio ionizadas, y como la función reparadora de tejidos y protectora de la resistencia, se ve claramente en este estudio que depende de estas sales, por lo tanto a estas glándulas les corresponden las funciones de reparación de tejidos y nivelación de la resistencia.

4o. Beneficiándose notablemente los casos de úlceras, con la terapéutica ya mencionada, es lógico admitir también que cuando aquellas ocurren concuerdan con una deficiencia funcional en aquellas glándulas.

Solamente nos resta añadir la observación terapéutica de las paratiroideas a los estados ulcerados de origen canceroso. Estos no mejo-

Jugo de Uvas de Welch

EL Jugo de Uvas, de Welch, es una bebida para calmar la sed tan saludable para los niños como para los adultos.

Deleita a los niños

El Jugo de Uvas, de Welch, se hace con las mejores uvas Concord cultivadas en la América del Norte sin añadir ni quitar nada.

Su pureza, su delicioso sabor a uva fresca y delicadísimo efecto estimulante hacen que sea una bebida ideal para las familias.

Cómprese por cajas o por botellas en el establecimiento del ramo.

Welch's
Grape Juice

Agentes:
Grevatt Bros., Inc.
San Juan, y Ponce.

46

The Welch Grape Juice Co.
Westfield, N. Y. E. U. A.

ran por ser el desequilibrio cálcico solamente un episodio secundario, por más que las sales de calcio ionizado tratan de inhibir el desarrollo de las células cancerosas. En lo único que esta medida terapéutica pudiera beneficiar sería en levantar las fuerzas reparadoras de los tejidos aumentando su resistencia, evitando también el dolor.

De manera que en los anteriores casos de ulceraciones podemos indicar que antecede a todo, un proceso tóxico seguido de una baja en el contenido sanguíneo de las sales de calcio ionizadas y que estas condiciones se reflejan sobre la glándula paratiroidea que quedará más o menos lisiada.

SECCION DE TERAPEUTICA

Inyección de Aceite de Mentol y Eucaliptol en la Tuberculosis Febril

Gerty y K. Cori informan resultados satisfactorios en el tratamiento de los pacientes afectos de tuberculosis febril en quienes el tratamiento de la tuberculina estaba contraindicado. Como una modificación de la Inyección Berliner (1905).

Ellos usaron la fórmula siguiente:

Yodo	0.1	Gramos
Alcanfor	0.5	"
Mentol	10.00	"
Aceite esencial de Eucalipto..........	10.00	"
Aceite de Castor	20.00	"

De 0.5 a 1 c.c., inyecciones intramusculares dos o tres veces a la semana.

Estas inyecciones son puestas entre la espina anterior, superior, del ileon, y el troncater.

Una jeringa especial se usará para este propósito, la cual, así como la aguja, no necesitarán ser hervidas o desinfectadas, pues este líquido es un gran desinfectante.

Las inyecciones ocasionan solamente un poco de dolor, que puede extenderse hacia abajo en la pierna, y durar por unas 24 horas. La irritación del riñón no fué observada, aun cuando la orina debería ser examinada, puesto que la albumiuria constituiría una contraindicación. Las inyecciones intravenosas deben ser cuidadosamente evitadas, pues ellas pueden haber sido responsables de ciertas sensaciones depresivas, observadas por algunos clínicos.

Los autores usaron estos tratamientos en una serie de 168 casos y encontraron los efectos mucho mejores y más seguros que con el tratamiento de inyecciones yodo-guayacoladas de Contari.

De 50 pacientes pertenecientes al segundo período (Turfan's) de tuberculosis pulmonar solamente 4% no se aliviaron de sus fiebres por las inyecciones, que se emplearon en número de 1 a 24. De entre 85 pertenecientes al tercer período, como 52% fueron aliviados de la fiebre después de 1 a 24 inyecciones el número total usadas, extendiéndose de 2 a 42. Esto enseña que el efecto de estos tratamientos es menos marcado en los casos más avanzados. Sin embargo, aun en las últimas fases de la tuberculosis estas inyecciones son de valor en vista de que reducen parte de los síntomas, tales como dolor, disnea, sudores nocturnos, tos y expectoración. El efecto deodorizante del medicamento que es en parte eliminado por el aliento, es también beneficiosa. Muchas veces, los pacientes han dormido después de estas inyecciones cuando previamente se requería codeína para inducirlos a dormir.

Pacientes que entraban en estado febril poco después de los baños de sol, pudieron después de aplicadas las inyecciones tomar dicho baño sin que les diera fiebre. Se nota también una disminución en la tendencia a manifestarse la fiebre al esforzarse en cualquiera ejercicio o al andar.

Cuando la fiebre se desarrolla en el curso del tratamiento de la tuberculina estas inyecciones la detuvieron y permitieron una continuación de dicho tratamiento.

El modo de acción de estas inyecciones no se reduce a su acción antipirética, puesto que la reducción de la temperatura dura mucho más de lo que sería posible si este medio se redujera en sus efectos a simple agente antipirético.

Esto debe ser debido a alguna influencia sobre los focos de tuberculosis de los pulmones, lo cual se ha probado, vista la acumulación de aceites volátiles (Mansleld, 1918) y por la influencia que estos aceites poseen sobre los procesos inflamatorios del sistema. Esta acción no es específica para la tuberculosis viéndose manifiesta también en la bronquitis crónica, donde estos aceites volátiles tienen una bien establecida reputación, como expectorantes. Estas cualidades se observan en la influenza pneumónica y numerosos autores creen haber obtenido buenos resultados de su uso, especialmente en los casos de curso prolongado.

Para investigar las razones de si las inyecciones actúan sobre los focos tuberculosos de los pulmones, reduciendo la cantidad de venenos pirógenos y otros, descargados en la circulación, los autores estudiaron el efecto de este tratamiento sobre la reacción de Von Picquet en 17 pacientes con el resultado de que estas disminuyeron en 70% de los casos

y la mitad de ellos fueron negativos como resultado de las inyecciones. El número total de ellas fluctuaba entre 5 y 26. Sin embargo, esta disminución de la reacción de Von Pirquet es meramente temporal y que se nota de 4 a 19 días después de la última inyección que la reacción aumenta otra vez y puede que iguale a la primera. Esta transitoria disminución en la intensdad de la reacción de Von Pirquet forma un marcado contraste con la disminuición, prolongada por el curso de muchos años y que ocurre como resultado del tratamiento de la tuberculina.

Las inyecciones de mentol-eucalipto son por lo tanto, solamente recomendados por los autores en aquellos casos en que la fiebre (temperatura rectal) es mayor de 37.7 grados centigrado. Su uso contraindica el de la tuberculina.

SECCION DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sinusitis Latente

(Del "South African Medical Record". Junio, 1922.—Por H. Bodkin, F. R. C. S. (Ed.) D. O. Oxon M. R C. S. (Eng.) L. R. C. S.—London.

La expresión sinusitis latente no ha sido recibida por algunos especialistas como la más adecuada para dar significación real a esta afección. Llegan a creer que aquellos signos que frecuentemente hallamos en estos casos y que no están descritos en los libros de texto no pueden motivar el valor racional que damos al término.

Para los que mantienen un criterio cerrado, la sinusitis no es sinusitis sino cuando la cavidad está llena de pus y a este estado de plenitud sin desbordamiento, le dan el nombre de sinusitis cerrada en contradicción con el extremo contrario a que dan el nombre de sinusitis abierta.

Para estos clasificadores la latencia no existe. El extremo opuesto de los que pudiéramos llamar radicales, expone que todo seno que demuestre una cultura de organismos patógenos y presencia de células nucleadas, se debe considerar como seno afectado. Este se deberá hacer por medio del lavado de la cavidad y presencia de culturas de su contenido.

Evitando las posibles contaminaciones por la cánula exploradora hasta llegar al seno se podrá obtener una información gráfica de sinusitis si encontramos al cultivo gran cantidad de bacterias piógenes, pneumocócicas, etc., y agregadas a ellas gran número de células polinucleadas. Apesar de esto, hay algunos casos en que el pus no se encuentra y sin embargo hay sinusitis. En esta ocasión pueden coexistir estos fenómenos de orden general; resistencia o inmunidad relativa o toxemia generalizada.

En estos dos últimos casos es que necesitamos ejercitar todo nuestro talento y habilidad.

Las enfermedades del oido tanto catarrales como supuradas vienen acompañadas o precedidas de sinusitis latentes. De 50 casos investigados por el que suscribe y que fueron operados por afecciones del mastoides se halló que de ellos el 16% padecía de supuración de algún antro, y un 82% revelaba signos inequívocos de infección de los antros esfenoidales.

Esta relación íntima expresada anteriormente se manifiesta también en los casos de afecciones de los ojos en los que si a pesar de las correcciones de refracción, hechas por el oculista, estas no corrigen los síntomas que aquejan al paciente, una inspección de los senos se impone inmediatamente.

Algunos síntomas como la insuficiencia para la convergencia o también de sensación de debilidad visual son debidas sin duda alguna a la pequeña inflamación orbitaria afectando al nervio o al músculo recto interno. Tanto la insuficiencia convergente o la divergencia exagerada se pueden manifestar fácilmente produciendo una sensación de debilidad y cansancio, e imposibilitando para la lectura. Todos estos signos se agravan perentoriamente, inmediatamente a la operación para desaparecer poco después.

La oftalmía flictenular se asocia siempre a los estados crónicos de las iritis.

En los casos de neuritis retrobular se encuentra casi siempre asociado a este proceso la infección aguda o crónica de las células etmoidales o esfenoidales.

He aquí un caso interesante:

Caso No. 1. Hombre, de 54 años, tratado por un oftalmólogo por tres meses en un hospital. Diagnosticado de ambliopia. No mejoró con el tratamiento indicado por el oftalmólogo. Su carta de visión fué D. 6|60, I-6|36.

El examen de la nariz no reveló otra cosa que una ligera turgencia de la membrana mucosa. No había síntomas subjetivos ninguno de la nariz, así como tampoco dolores de cabeza.

Se notaba un movimiento de protesta de la cabeza cuando se ejercía la presión de los globos oculares; sin embargo, no había dolor ni molestia al moverlos espontánea y voluntariamente el paciente.

El examen físico de los senos maxilares y frontales no demostró nada. El esfenoidal derecho se encontró bañado por secreciones mucosas y el lavado se recobró bastante turbio. De este suero las culturas tomadas resultaron positivas para la siguiente flora bacteriana: estafilococos dorados y el

estreptococo breve, además, se halló células polinucleadas en gran abundancia en los smears. En el antro esfenoidal del tubo izquierdo se notó solamente las culturas del estafilococo dorado.

Se operó al individuo haciendo drenar los senos esfenoidales y el tratamiento post-operatorio seguido consistió en los lavados y aplicaciones con collosol argentum. Los senos maxilares fueron inyectados con esta substancia también durante la operación.

Al mes de operado, la visión era de D. 6|24—I. 6|12. Tres meses después D. 6|12..I. 6|6.

El segundo caso demostraba muy pocos síntomas; entre ellos la reducción de visión de colores para el verde y rojo, reducción notable al blanco sobre el lado temporal. Los senos esfenoidales dieron cultivos de estreptococos y estafilococos blancos. Los antros maxilares demostraron estar bañados de mucosidades y las culturas demostraron contener estafilococos blancos.

El caso No. 3 no ofreció otro síntoma que el encontrar los senos esfenoidales con culturas similares a los descritos anteriormente.

Lo que choca en estos tres casos es que el paciente subjetivamente no presentaba síntomas que dirigieran la observación tanto del médico como la suya sobre la nariz, o hacia los senos esfenoidales.

En los niños los senos nasales son muy frecuentemente infectados y por lo tanto las invasiones a los otros más frecuentes. También los catarros después del período agudo mantienen ese estado de latencia en los senos, y a mi juicio, parece ello ser la causa de las afecciones de las amígdalas la formación de adenoides y sus consecuencias.

En los niños, pues, ocurre un hecho muy notable de relación entre los senos infectados y los estados amigdalinos y adenoideos. De tal manera esto es verdad que si al extraer las amígdalas y extirpar las adenoides de un niño alguno de los senos queda infectado y no se distingue, la cura es incompleta; repitiéndose la historia con harta frecuencia oida por los especialistas de que "mis tónsilas han sido operadas tres veces".

Todos aquellos estados de mal humor, palidez, dolores agudos, debilidad general, taquicardias, síntomas de nerviosidad, corajes súbitos, terrores nocturnos, falta de capacidad en la escuela deben hacer girar nuestra atención sobre las amígdalas y adenoides y sobre todo determina si los senos, por los medios bacteriológicos y los otros conocidos también están intactos.

De los senos que presentan más dificultad para el diagnóstico sobre todo en los niños son los esfenoidales que casi siempre se hallan infectados.

Es un hecho corroborado ya hasta la saciedad el de que los casos de sinusitis han prevalecido con suma frecuencia después de la gran pandemia de 1918, de influenza. De estos casos muy bien pueden explicarse y derivarse los otros que vienen al médico y al cirujano para tratarse de úlceras gástricas o duodenales, apendicitis, colecistitis, dispepsias, por estar constantemente pasando estos materiales muco purulento a través del tubo intestinal al ser tragados aquellos, interrumpiendo la labor de las glándulas digestivas y sus progresos.

En los casos de artritis crónica nuestra observación deberá concentrarse a los senos y las condiciones culturales de sus alrededores, muchas veces produciendo una mejoría y curas completas el riego y drenado de los senos esfenoidales. En estos casos, a veces la vacunación antogeno da resultados. Algunos desórdenes mentales de tipo melancólico mejoran notablemente a beneficio de el drenado esfenoidal.

La disminución de la memoria señala a veces el camino para la investigación de los senos esfenoidales.

En los asilos de dementes debería procederse rutinariamente por el rino-laringólogo al lavado y cultivos de los senos esfenoidales y su drenado en aquellos casos en que se probare la infección de los senos, sobre todo los esfenoidales.

Por lo tanto sin exageraciones inútiles recomiendo eficazmente que se haga siempre un examen bacteriológico, clínico y roentgenológico de los senos en los casos de apendicitis, artritis, desórdenes mentales, estados cardiacos, enfermedades del estómago, y sobre todo de los sentidos especiales, en particular del de la vista y no contentarse con extirpar amígdalas y adenoides sin antes fijar también la participación que en estos últimos casos tienen los senos infectados para determinar la cura final.

Recomiendo que al igual que a la sepsis oral se le dé la importancia que tiene la sépsis de los senos.

COMUNICACIONES RECIBIDAS

Asociación Médica de Puerto Rico.—Comité Científico
San Juan, Puerto Rico

Octubre 31, 1922.

Estimado Compañero:

El Comité que suscribe, encargado de preparar el programa científico de la Asamblea Anual de la Asociación Médica que habrá de efectuarse en la ciudad de Ponce, durante los días 16 y 17 de diciembre,

desea que ésta reunión no solo refleje, como las anteriores, la suprema cultura de nuestra clase, sino que también sea un magnífico exponente del interés extraordinario y la devoción intensa que siempre ha demostrado por el estudio metódico y la solución acertada de los más difíciles problemas científicos.

Para realizar mejor nuestro propósito, hemos creído conveniente agrupar en dos grandes secciones las comunicaciones que vayan a discutirse; creando al efecto, las secciones de Medicina y Cirugía.

El Comité científico, en vista del escaso tiempo de que se dispone en tales asambleas, acordó también, para dar oportunidad a un mayor número de colegas, no admitir en discusión más que un solo trabajo de cada autor; y acordó, asimismo, señalar un plazo fijo e improrrogable, que expira el 15 de noviembre a media noche, para la inscripción del título de estos trabajos, disponiéndose, además, que la inscripción se ejecute por el orden en que fueron recibidos. Es, por tanto, innecesario advertir que aquellas comunicaciones cuyos títulos se recibieren después del 15 de noviembre, corren el riesgo de ser pospuestas y no discutidas.

El Comité que suscribe le invita encarecidamente a que contribuya al mejor esplendor de nuestra asamblea presentando un trabajo, cuyo título le suplicamos nos haga conocer a la mayor brevedad posible.

No dudando que su no desmentido entusiasmo por el éxito brillante de las Asambleas de nuestra Asociación le anime a complacernos, quedan de Ud. attos. y Ss. Ss.

Dr. Isaac González Martínez, *Dr. Bailey K. Ashford,*
Dr. Agustín R. Laugier, Secretario

ALEJANDRO RIGHTER CRAIG

El 2 de Septiembre y a los 54 años de edad murió este buen amigo de la Asociación Médica de Puerto Rico e infatigable luchador de la Asociación Médica Americana, de la cual era Secretario en el momento en que ocurrió tan luctuoso acontecimiento.

Merece este buen amigo de nuestra Institución, este pequeño recuerdo de afecto, pues desinteresadamente, fué el que con más ahinco trabajó ante los directores de la Asociación Americana para que se nos asociara, incorporándonos a la Institución de la cual era él secretario.

Hombre de acción y modesto, condujo aquellos asuntos pertinentes a su cargo, con el celo que se requiere para dar impulso y sostener, a través de todos los inconvenientes, a esta clase de asociaciones.

El "Boletín de la Asociación Médica se asocia en su pena al Directorio de la Asociación Médica Americana y desea hacer llegar a nuestros asociados esta noticia que ha de ser también sentida por todos, por haber manifestado este doctor, Alejandro Righter Craig, un interés y afecto grande por Puerto Rico.

NOTAS SOCIALES

Con sumo placer damos a conocer la grata noticia de haber sido condecorado nuestro ilustre colaborador y consejero de la Asociación Dr. B. K. Ashford con la medalla del Mérito Militar concedídole por el gobierno metropolítico, como reconocimiento a sus valiosos servicios prestados a la causa aliada, en los campos de batalla en Francia. Este infatigable obrero de la Ciencia y cultivador de afectos, es el prototipo del trabajador incansable, de corazón grande y abierto a todo y para todos, siempre derramando su optimismo por donde quiera que pasa.

Ha estado enfermo de cuidado el muy estimado doctor Gerónimo Carreras en su residencia en Santurce. Nos complace, dar hoy la noticia de su notable mejoría y de haberse hecho cargo nuevamente de sus habituales ocupaciones.

* * *

Ha regresado de los Estados Unidos el doctor Diego Biascoechea después de haber asistido al gran Congreso de Cirujanos que se celebró en la Metrópolis.

* * *

Acaba de regresar de su viaje por España el doctor Manuel Quevedo Baez, Presidente de la Academia de Medicina, quien estaba ausente de Puerto Rico desde el mes de Julio. Saludamos a nuestro amigo y le damos la bienvenida, esperando recibir del mismo, todo aquello que de nuevo y valioso haya podido recoger de su viaje por la vieja y querida España.

* * *

También regresó de su viaje por Europa y Estados Unidos el compañero J. Capó quien visitó los centros más importantes relacionados con la profesión y a quien acompañó su bella esposa.

* * *

Han sido nombrados Oficiales de Sanidad con diversas obligaciones, los doctores Manuel Fernández Náter y Rafael López Sicardó.

* * *

Tenemos de huésped en San Juan al doctor R. Tonwsend, experto en los problemas de la Tuberculosis y que a instancias del Director de Sanidad de Puerto Rico fué solicitada su cooperación a la Dirección de la Cruz Roja Americana, que, como siempre, acudió solícita y envió su representante. Le deseamos grata permanencia entre nosotros.

* * *

Ha estado enfermo de cuidado el doctor J. Gómez Brioso, pero cuando estas notas escribimos, le hemos saludado bastante mejorado de su afección.

* * *

El doctor Abel de Juan ha sido nombrado Médico Ayudante del doctor Townsend a quien acompañara a través de la Isla, en su viaje de investigación sobre el índice de Tuberculosis en Puerto Rico y los medios de combatir esta afección.

Ha sido nombrado Médico del Dispensario de la Liga Antituberculosa el doctor R. Lavandero.

* * *

Ha establecido su consultorio en New York, en unión del doctor R. López Antongiorgi, el muy querido amigo doctor Jacinto Avilés.

* * *

Ha regresado de su viaje por Europa el ilustrado compañero L. Figueroa, quien ha visitado los grandes centros de maternidad y niños de Madrid, París y Londres.

* * *

Se encuentra enferma la doctora Palmira Gatel, entusiasta socia de nuestra Asociación. Deseamos su pronto restablecimiento así como también el de su esposo que se encuentra afecto de pneumonia en New York.

* * *

Las doctoras Marta Roberts y Dolores Piñeiro han establecido sus consultorios en San Juan, dedicándose a los asuntos relacionados con sus especialidades.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVI — DICIEMBRE 1922 — NUMERO 140

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CIRUGIA DE LA VESICULA BILIAR

Dr. Jorge del Toro

No es mi intención intervenir en la controversia entre los partidarios de la extirpación o el drenaje de la vesícula biliar, pues no deseo extenderme exponiendo las diversas teorías de sus funciones fisiológicas; éste problema se encuentra extensamente discutido en la literatura médica y recorre toda la escala de funciones fisiológicas, desde su completa inutilidad hasta la atribución de una secreción interna. Solamente deseo exponer las conclusiones a que me ha llevado la observación propia. Para ello he recorrido los records de casos de afecciones de la vesícula

biliar, excluyendo las vías biliares, el hígado y el pancreas. Una estadística no es mi objeto, sino citar muy pocos casos solo como ejemplos de las tres faces interesantes del asunto: 1o. Valor de la colecistectomia; 2o. Valor de la colecistostomia y 3ro. facilidad o dificultades de la colecistectomia.

Creo que no debe existir partidarismo intransigente por uno u otro procedimiento, sino que cada uno tenga sus méritos y sus oportunidades. Se calcula que la mayoría de los cirujanos son partidarios de la extirpación. La colecistectomia es una intervención quirúrgica más tentadora, es más elegante que la colecistostomia, y en su período post-operatorio el enfermo sufre menos molestias y sobre todo el cirujano muchísimo menos trabajos y disgustos.

La dificultad en este asunto estriba en el hecho de que en muchos casos en donde está indicada la extirpación, ésta resulta imposible de practicar sin arriesgar hasta el límite la vida del paciente.

Las posibilidades de una u otra técnica varían según el caso, y se complica en los estados de infecciones agudas donde tenemos que meditar en la condición momentánea del paciente a resistir una operación quirúrgica, la condición local que permita o dificulte la técnica, y las posibilidades futuras de renovación de función de la vesícula biliar.

Fuera de los casos de infecciones agudas con síntomas generales, como en casos de malignidad (en estado operable) y cálculos biliares sin colecistitis séptica, el riesgo operatorio es por regla general mucho más favorable. Hasta donde puede llegar el benefico de una colecistectomia, lo demuestra el siguiente caso: No. 4,704, Hospital Municipal de San Juan. Año 1916. Una señora de 52 años de edad sufriendo de carcinoma de la vesícula biliar. Tratamiento: colecistectomia. La cavidad de la vesícula cancerosa estaba toda ocupada por un cálculo de forma oval de 5 cm. de largo por 3 cm. de grueso. En la disección peri-vesicular me ví obligado a resecar una porción de la pared de la región pilórica del estómago. Durante la convalescencia se estableció una fístula estomacal, para el tratamiento de la cual practiqué más tarde la gastro-enterostomia de la que recuperó la paciente sin el menor inconveniente. Hasta mediados del año 1921 en que ví a la paciente por última vez, seguía bien.

Como demostración del valor de la colecistostomia, puede referirse el siguiente caso: Varón, de 54 años de edad (No. 1957, propio). Historia anterior de padecimientos hepáticos. Empezó la enfermedad por una colecistitis aguda que pasó a una colangitis grave. Dada la gravedad del paciente, hago una colecistostomia rápidamente. La vesícula se encontraba en un estado muy serio de infección, las glándulas regionales in-

fartadas y el hígado con todas las señales de una hepatitis séptica. Habían algunos cálculos pequeños. El drenaje funcionó mal, y no se logró una curación completa. A los siete meses de esta operación, y después de varios ataques menores de colangitis, el último, que revistió alguna gravedad y en el que la fístula se abrió de nuevo descargando bilis descompuesta de un olor pútrido insoportable, fué motivo de una nueva operación. Recordando el estado en que se había encontrado la vesícula en la primera operación, se diagnosticó una colecistitis tal vez gangrenosa y se decidió practicar la colecistectomia. Me encontré con un estado horrible de adherencias en toda la región. La cabeza del pancreas aumentada de volumen y dura al tacto, el hígado congestionado y obscuro y los conductos biliares, todos, escondidos bajo las adherencias. No se encontraron infartos ganglionares. La vesícula era lo mejor de todo, sus paredes colapsadas sin señales de infección, formaba un tubo dilatable que conectaba el cístico con la piel. La infección era hepática y pancreática; la vesícula había sanado. Tratamiento: Nuevo drenaje por la vesícula. Hoy, que hace sobre año y medio de esta última operación, el paciente se encuentra divinamente bien.

Hay casos que podrían llamarse "deliciosos" para operar, que son aquellos de cálculos o cálculos más colecistitis donde la infección toma el fondo o el cuerpo de la vesícula, pero deja relativamente sana la región del cuello. Por ejemplo, el caso (No. 2075, propio. Una señora de 45 años de edad, de tipo delgado, con una historia larga de repetidos cólicos biliares. La vesícula se palpaba con toda claridad. Tratamiento: colecistectomia. Al incindir el peritoneo, la vesícula se encontraba tan dura y comprimida por la pared, que el fondo salió de por sí más afuera del nivel de la piel. En diez minutos ya estaba extirpada la vesícula. Otro caso, (No. 2026, propio). Una señora de sesenta años de edad con una colecistitis calculosa séptica grave. Tratamiento: colecistectomia. Vesícula muy distendida e infestada y marcada peri-colecistitis. Separadas las adherencias, la región del cuello y del cístico aparecieron limpias de inflamación y adherencias. Aunque el caso era arriesgado, se prestaba para practicar la extirpación con rapidez. La vesícula contenía pus y tres grandes cálculos de colesterina. Resultado: curación.

Aunque si bien es verdad que algún caso ha de perderse por más precauciones que se observen, es cierto también, y para ello cuento con dos casos, que puede tal vez salvarse la vida practicando una colecistostomia rápida en vez de una colecistectomia laboriosa.

La vesícula biliar tiene un poder recuperativo poderoso, o al menos de innocuidad después de las grandes infecciones. Entre los varios casos de esta índole que he tenido, puede citarse el de una señora de 54 años

de edad. (No. 2066). Su estado séptico era gravísimo. Padecía de una calculosis vesicular con empiema. Tratamiento: colecistostomia rápida. La vesícula era una bolsa de pus. La convalescencia fué muy dilatada y llena de complicaciones. Tan impotentes estaban los tejidos para cicatrizar, que la herida se desgarró, y por varios días permaneció una ventana por donde se veía al estómago y al hígado moviéndose al compás del ritmo respiratorio. Hoy a los dos años de operada la paciente se encuentra bien; su vesícula no le ha molestado más.

En cuanto a la reformación de cálculos en casos operados por calculosis y en los que sólo he practicado la colecistostomia. mi experiencia es muy favorable contando los casos de los cuales he tenido noticias posteriores. Para que la colecistostomia dé buenos resultados, hay que dejar el drenaje hasta que la naturaleza indique que ya el tubo actúa como un cuerpo extraño y se obtenga por el bilis sana. Después del tercero o cuarto día hacer un lavado diario de la vesícula. En los últimos años, en los casos sépticos, he venido usando la solución Dakin para los lavados (últimamente el Chlorazane al ½%) con resultados muy satisfactorios. Hay que tener precaución, pues en algunos casos la solución pasa al duodeno y produce dolor. La presión del líquido debe ser ajustada al tamaño de la vesícula, y debe suspenderse en cuanto el paciente se queje de malestar.

Mi experiencia me dicta que cada caso debe ser juzgado individualmente, y que no debe uno hacerse partidario de uno u otro procedimiento basándose en sí la vesícula sea o no necesaria para la vida, sino dejar a cada procedimiento el lugar que le corresponde en la terapéutica quirúrgica. En casos de invasión maligna, o en casos donde se juzgue que el estado patológico es de tal naturaleza que no pueda curar o que la permanencia de la vesícula sea o un apéndice inútil o peligroso, debemos hacer todo lo posible por practicar la extirpación siempre que sea factible. Pero no debemos de olvidarnos de los buenos servicios que nos puede prestar el drenaje, y por ser contrarios a éste extirpemos vesícular biliares sanas o pongamos en peligro la vida del paciente.

Es nuestra obligación practicar intervenciones completas, pero me ha parecido siempre que vale más salvar una vida de momento que no acelerar una muerte, y que si bien es verdad que nos proporciona un disgusto el reconocer que no hemos hecho una cosa completa, nos cabe también la satisfacción de saber que nos queda el enfermo en este Mundo, y que tenemos luego, otras oportunidades de curarlo, y que no hemos perdido la única que se nos presentó.

San Juan, P. R. Diciembre 15, 1922.

EL ANÁLISIS MICRO-QUIMICO DE LA SANGRE Y SU INTERPRETACION TEÓRICA Y PRÁCTICA

Por R. del Valle Sárraga, A.B., B.S., Ph. C. del Laboratorio Histo-Químico-Microbiológico—San Juan, P. R.

(Continuación).

Limón	1	
Lactosa	6	cucharadas
Agua	2|3	de taza
Sucrosa	1	cucharada

Esta dieta cuatro veces al día suministra:

Calorias	1424	
Hierro	0.8	mg.
Materia mineral		alcalina

La otra dieta es como sigue:

Para la mañana	Plátano (guineo)	300	gramos
	Crema de leche	100	"
	Cocoa	200	"
Al medio día	Sopa de crema	200	gramos
	Plátano (guineo)	300	"
	leche	200	"
En la tarde	Plátano (guineo)	300	gramos
	Crema de leche	100	"
	Cocoa	200	"

Esta dieta suministra:

Calorías	1585	
Proteina	35.4	gramos
Material mineral		alcalina
Hierro		trazas

Los trabajos clásicos de Ambard publicados en el año 1910 acerca del coeficiente que lleva su nombre, fueron trascendentales, pero los nuevos vástagos de la Ciencia (nacidos desde el 1914 hasta la fecha) brotados con los clásicos trabajos de Folin en las diversas ramas de la Química Biológica—principalmente en la Microquímica de la sangre—vinieron a aportar nuevos y más exactos datos. Chace y Meyers (J. A. M. A. 67, 929, 1916) y Wanabe (Am. J. Me. Sci. 159, 76, (1917) revelan el hecho experimental de que el coeficiente de Ambard no es capaz de aportar mayor evidencia en las afecciones renales que lo que el exámen hemoquímico demuestre.

INVESTIGACIONES DE ULTIMA HORA

En los últimos meses del año 1922 se han publicado interesantes artículos acerca de la distribución del nitrógeno no-protéico en los ingredientes diversos que integran la sangre, con los resultados que a continuación se expresan:

VALORES MAXIMOS, MINIMOS Y PROMEDIOS NORMALES DEL NITROGENO NO-PROTEICO DE LA SANGRE. (12)

Después de las 12 horas del ayuno nocturno.	MILIGRAMOS POR CADA 100 CC. DE SANGRE				MILIGRAMOS POR CADA 100 CC. DE PLASMA				MILIGRAMOS POR CADA 100 CC. DE CORPUSCULOS			
	Nitrógeno amino ácido	Nitrógeno ureico	Nitrógeno restante indetermi-nado	Nitrógeno no proteico total	Nitrógeno amino ácido	Nitrógeno ureico	Nitrógeno restante indetermi-nado	Nitrógeno no proteico total	Nitrógeno amino ácido	Nitrógeno ureico	Nitrógeno restante indetermí-nado	Nitrógeno no proteico total
Máximo	5.7	8.9	10.1	27.8	4.3	9.6	1.8	18.0	6.7	7.7	18.3	37.7
Mínimo	7.8	15.2	17.5	39.4	6.2	17.3	11.5	30.0	10.7	13.2	33.8	55.0
Promedio	6.4	11.5	13.7	32.1	5.3	12.4	6.7	24.7	8.2	10.3	24.7	43.6

OBSTRUCCION PROSTATICA EN LA CUAL LA OPERACION NO ESTABA INDICADA (12)

Caso	Edad	Fecha	Nitrógeno nreico	Creatimina	Azúcar	Acido carbónico plasmático	COMENTARIO
1—J. S.	69	5. 4.17	89.	9.4	165		Cistotomia y drenaje de la vejiga solamente en 5.5 pero murió en 5.19.
		5.15.17	104	7.5	201		
2—E.W.	69	2. 8.17	45	4.9	132	34	Prostatectomia en 2.12 con procaína. Murió en 2.20.
		2. 9.17	44	4.2	117		
		..2.15.17	104	6.7	165		
3—F. S.	54	5.16.21	136	4.6	157		La retención no influenciada en grado alguno por la dieta. Murió en 6.1.
		5.23.21	122	7.9	156	29	
		5.31.21	75	12.5	225	26	

(12) Nitrogen retention in chronic intersticial nephritis and its significance, H. Berglund, Boston, J.A.M.A. 79, 1375. (Oct. 21, 1922).

INFLUENCIA DE LA PROSTATECTOMIA SOBRE LA UREA DE LA SANGRE EN LOS CUADROS NORMALES DE ANALISIS (ANTES DE LA OPERACION) Y DE SUBSIGUIENTE CURACION REGULAR Y SIN INCIDENTES. (13)

Caso	Edad	Fecha	Nitrógeno ureico	Creatinina	Azúcar	Acido carbónico plasmático	OPERACION
1—F. D..	72	4. 6.20	18.1	1.7	117		Prostatectomia
		4. 7.20	30.8	3.5	105	39	
		4.16.20	16.8	2.2	93		
2—J. B.	63	4. 9.20	12.1	1.7	120		Prostatectomia
		4.10.20					
		4.12.20	30.2	2.5	107		
		4.16.20	17.8	2.2	102		
3—G. B..	58	4.15.20	14.4	1.8	130		Prostatectomia
		4.17.20					
		4.19.20	21.0	1.8	97		
		4.22.20	16.9	1.8	111		

(13) Nitrogen retention in chronic intersticial nephritis and its significance, H. Berglund, Boston, J.A.M.A. 79, (Oct. 21, 1922).

Neoplasmas Vesicales (13)

Caso	Edad	Fecha	Nitrógeno ureico	Creatinina	Azúcar	Acido carbónico plasmático	DIAGNOSTICO	RESULTADO
1—J G.	61	9.24.19	23.8	2.0	94		Papiloma	Curado
2—E. P.	74	9.25.19	14.0	2.2	139		Carcinoma	Mejorado
		10. 1.19	23.0	2.6	165			
		10.13.19	15.3	1.7	120			
3—J. L.	60	10.22.19	20.4				Papiloma	Mejorado
4—F. C.	57	12.12.19	56.2	4.5	120	43	Carcinoma	Murió
5—W. F.	66	1.5 .20	52.8	4.5	93		Carcinoma	Murió
6—E. Mc. C.	43	8.3 .20	15.0	2.3	110		Papiloma	Mejorado
7—W. L.	65	8.28.20	8.5	1.5	121	54	Carcinoma	Mejorado
8—C. C.	58	12.7 .20	22.2	2.2	116		Carcinoma	Mejorado
9—A. O.	62	1.8 .21	10.6	2.5	135		Carcinoma	Mejorado
10—S. G.	56	3.18.21	15.0	2.5	107		Carcinoma	Mejorado

(13) Nitrogen retention in chronic intersticial nephritis and its significance, H. Berglund, Boston, J.A.M.A. 79. (Oct. 21, 1922).

Para comparar la micro-química del plasma sanguíneo y del fluido cerebro-espinal, se aducen los siguientes datos estudiados por Berglund:

DATOS COMPARATIVOS ANALITICOS DEL PLASMASANGUINEO Y DEL FLUIDO CEREBRO-ESPINAL(14)

	Mgs. POR CADA 100 CC. DE PLASMA.						Mgs. POR CADA 100 CC. DE FLUIDO CEREBRO-ESPINAL					
Condición del Enfermo	Nitrógeno amino ácido	Nitrógeno ureico	Creatinina	Acido úrico	Nitrógeno restante indeterminado	Nitrógeno no-proteico total	Nitrógeno amino ácido	Nitrógeno ureico	Creatinina	Acido urico	Nitrógeno restante indeterminado	Nitrógeno no-proteico total
Individuo normal							2.0	11.0	0.9	0.8	3.0	17.0
Uremia, Caso No. 6	7.5	214.0	14.5	18.4	52.0	285.0	2.8	218.0	6.1	4.5		222.0
Uremia, Caso No. 7	6.7		22.0	22.6		324.0	2.6		6.3	2.6		238.0
Uremia, Caso No. 7 (24 horas más tarde)	7.1		21.3	20.6		348.0	3.0	272.0	8.5	2.6		279.0

(14) Nitrogen retention in chronic intersticial nephritis and its significance, H. Berglund, Boston, J.A.M.A. 79, (Oct. 21, 1922) 1375.

En los valores anormales, se ha hecho una revisión importante respecto a la urea en las operaciones de la próstata, Squier, Blandler y Myers manifiestan recientemente que "hemos tenido oportunidad de tratar varios casos con retención considerable (urea hasta 50 mgs.) pero después de un período más o menos prolongado (pre-operatorio) de tratamiento adecuado, se influenció favorablemente el descenso del nitrógeno uréico y los pacientes fueron operados con éxito". Algunos datos de laboratorio van a continuación:

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO SOBRE EL NITROGENO UREICO, EN LA OBSTRUCCION PROSTATICA, CON EXITO OPERATORIO (15).

CASO	Edad	Fecha	Nitrógeno ureico	Creatinina	Azúcar	Acido Carbónico plasmático	Cloruro de Sodio	Prostatectomia Suprapúbica Fecha
1—J. S.	60	4.22.20	46.6					5. 5
		4.27.20	42.6					
		5. 4.20	19.0					
2—S. M.	72	7. 7.20	51.0	3.2	128	42.		7.12
		7.16.20	49.0	2.6	100	43.		
		7.29.20	29.0	2.4	128			
3—J. Mc D.	61	5.11.21	28.8	3.5	114		507	5.19
		5.18.21	24.9	2.6	115			
		6. 1.21	22.5		150		450	
4—G.B.	62	3.23.22	52.0	5.3	166	44.	575	4.17
		3.25.22	55.9	8.9	170		600	
		3.29.22	35.0	5.0	140	47.	563	
		4. 1.22	37.5	7.5	133	48.	553	
		4. 7.22	20.6	5.0	130		500	
		4.12.22	23.4	4.5	138	62.	538	
		4.15.22	22.0	4.2	109			

(15) Significance of chemical blood findings in urologic conditions, J. Bentley Squier, C. G. Bandler and V. C. Myers J. A. M. A. 79, 1384 (Oct. 21, 1922).

"El nitrógeno uréico y la creatinina se tomaron como índice para la duración del período preoperatorio. El poder de combinación del ácido carbónico al plasma demostró también valor extraordinario, porque se ha observado que aquellos casos en los cuales hay descenso en la reserva alcalina de la sangre, soportan mejor la intervención quirúrgica después de recibir la medicación alcalina adecuada. No hay que olvidar que los enfermos con retención marcada y que no obedecen bien al tratamiento, prueban con ello que sufren de una afección renal avanzada y resultan verdaderos riesgos quirúrgicos. La siguiente tabla proporciona algunos datos".

OBSTRUCCION PROSTATICA EN LA CUAL LA OPERACION NO ESTABA INDICADA (16)

CASO	Edad	Fecha	Nitrógeno ureico	Creatinina	Azúcar	Acido Carbónico Plasmástico	COMENTARIO
1—J. S.	69	5. 4.17	89	9.4	165		Cistotomia y drenaje de la vejiga solamente en 5.5 pero murió en 5.19.
		5.15.17	104	7.5	201		
2—E. W.	69	2. 8.17	45	4.9	132	34	Prostatectomia en 2.12 con procaina — Murió en 2.20.
		2. 9.17	44	4.2	117		
		2.15.17	104	6.7	165		
3—F. S.	54	5.16.21	136	4.6	157		La retención no fué influenciada en grado alguno por la dieta—Murió en 6.1.
		5.23.21	122	7.9	156	29	
		5.31.21	75	12.5	225	26	

(16) Significance of chemical blood findings in urologic conditions, J. Bentley Squier, C. G. Bandler and V. C. Myers, J. A. M. A. 79, 1384 (Oct. 21, 1922).

(Continuará).

EVOLUCION Y REVOLUCION DE LA CIRUGIA COMO CONSECUENCIA DE LAS ENSEÑANZAS DE LA GUERRA

Dr. Amalio Roldán

COMUNICACION PRESENTADA A LA ASAMBLEA MEDICA DE PUERTO RICO EN DICIEMBRE DE 1922.—PONCE, 16, 17 DE DICIEMBRE

Todas las obras humanas están sujetas a la evolución y siéndolo la Cirugía no podía eludir esta ley, pero si bien en muchas de las ciencias la evolución es lenta desarrollándose según movimientos regulares, periódicos, uniformemente graduados, en la Cirugía sin cesar de evolucionar, esta evolución se ha hecho por etapas sucesivas, por agudos brotes de crecimiento, marcando muchos una nueva era, sufriendo en ocasiones alternativas y retrocesos, girando en derredor de circunstancias sociales o nacionales bien por la acción preponderante de algunos hombres, bien por el esfuerzo coaligado de muchos, bien por descubrimientos que imprimen una verdadera etapa revolucionaria en la interpretación, y en el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas.

Así vemos que el progreso quirúrgico se ha manifestado de un modo más bien revolucionario que verdaderamente evolutivo: Los conceptos anatómicos que Galeno sentó, fueron destruídos por Vesale si bien sus nuevas concepciones e investigaciones tardaron en abrirse paso siendo duramente combatidas más que por nada por la necesidad de *pensar de otro modo* a que las demostraciones convincentes de Andrés Vesale obligaban a los médicos de aquel tiempo; el tratamiento de las heridas por proyectiles de arma de fuego (arcabuz) que suponiendo envenenadas tratábanse sistemáticamente con aceite hirviendo como primera cura, fué revolucinado por Ambrosio Paré obteniendo ruidosos éxitos en el siglo XVI, la separación de los cirujanos de los barberos en el siglo XVIII, creando la Real Academia de Cirugía de Francia; más tarde en el siglo XIX la revolución ocasionada por el descubrimiento de la Asepsia y de la antisepsia, la demostración de las teorías de Pasteur en 1878, la técnica de Lister, el descubrimiento de los Rayos X, del Radium del Mesotorium, la endocrinología son sus doctrinas y por fin la Guerra pasada con su dura lección para todos, beligerantes y neutrales, han marcado etapas verdaderamente revolucionarias en los conceptos y en las interpretaciones, han creado nuevos métodos y un adelanto en breve tiempo mayor que en muchos años de paz. La necesidad de resolver problemas quirúrgicos bruscamente planteados, la atención a la organización, la multiplicidad y variabilidad de las lesiones, la colaboración de radio-

lógos y bacteriólogos como asociación indispensable en los servicios quirúrgicos, etc., etc., han hecho dar un impulso a la Cirugía que por igual ha afectado al concepto al método y a la técnica.

Veamos pues, las adquisiciones que las enseñanzas de la Guerra de la Clínica no ya Inglesa, Francesa, Alemana, Americana, etc., si no Mundial han aportado a los conocimientos quirúrgicos: Cuatro años de "Clínica Mundial" según la frase feliz de Brainbridge, de New York, en la Conferencia inter-aliada, han hecho por la Cirugía más que 40 años de paz.

Una de las primeras adquisiciones que debemos a la Cirugía de Guerra fué el espulgo de las heridas, la toilette o sea la liberación minuciosa de todo tejido sucio o que hubiera de mortificarse, primer jalón para llegar a verificarse la sutura inmediata de las heridas contusas e infectadas en vez del antiguo método de taponamientos, irrigaciones, drenajes, etc., etc., permiten reducir el tiempo de cura de tres a cinco semanas utilizando los métodos de desinfección de Carrel y de Dakin y logrando cicatrices francas en vez del interminable proceso de la cura antigua conducente a veces a fistulizaciones, cicatrices dolorosas, etc. etc. y esta adquisición no es exclusiva para la cirugía de guerra, pues en la práctica civil se asimila perfectamente a los grandes traumatismos producidos por máquinas, aplastamientos con desgarros, etc., y esto no solo es aplicable en las heridas de las partes blandas sino que llega a ser el tratamiento quirúrgico de elección en las heridas articulares, en las fracturas complicadas y en las lesiones abiertas craneo-cerebrales y pleuro-pulmonares.

Otra de las enseñanzas que nos trae la "Clínica Mundial" es la interpretación referente a la patogenia y tratamiento de Shock traumático: Hasta aquí, era regla clásica la abstención, la contraindicación operatoria en estado de Shock si se exigía anestesia y la intervención se suponía duradera o prolongada; mientras no cesase el Shock no se operaba; pues al colapso traumático se añadía el colapso operatorio. Los trabajos de Quenu y Delbet han distinguido variedades en la etiología del Shock y entre ellas una atribuíble a la toxemia por elaboración y reabsorción al nivel del foco traumático de sustancias tóxicas de las cuales unas provienen de la desintegración aséptica de los músculos y son toxialbuminas puestas en libertad por la destrucción de los tejidos y las otras de acción mejor determinada, son de origen microbiano, bien sean resultado de la histolisis de los tejidos muertos bajo la acción bacteriana, bien tengan por agentes secreciones o toxinas bacterianas: Estas dos clases de venenos (tisulares y microbianos) pueden actuar aisladamente o acumular su acción y entonces surge la noción esencialmente nueva y lógica de considerar el Shock como una *intoxicación que ordena la intervención precoz,*

de urgencia en vez de contraindicarla para suprimir lo más pronto posible el foco toxigeno.

Esta nueva concepción acerca de una de las variedades etiológicas del Shock, no niega las otras variedades. Lo verdaderamente difícil para el clínico es discernir frente al síndrome depresivo por el que se caracteriza el Shock, si se trata de un verdadero Shock nervioso de tipo clásico verdadero fenómeno inhibitorio para el que mientras subsiste la hipotensión álgida la prohibición operatoria contínua en vigor o es un *colapso hemorrágico* o un *Shock toxémico* o aun un Shock mixto o complejo en el que intervienen varios de los factores etiológicos ya citados; son necesarias toda la sagacidad y experiencia clínicas para determinar la patogenia y tomar una determinación de abstención o de intervención que pone la vida del enfermo a merced de nuestra oportuna decisión.

Al lado de estas nuevas concepciones viene la afirmación de tratamientos ya consolidados aunque menos practicados por la escasez de casos: El resurgimiento de complicaciones en las heridas que casi habían pasado a la historia, como la Gangrena gaseosa, la Podredumbre de Hospital desarrolladas en los combates de trinchera con sus grandes riesgos de contaminación telúrica: La infección por el Tétanos que resurgió vigorosamente produciendo una mortalidad en septiembre de 1914, de 16 por mil, fué rápidamente dominada cuando bajo la apremiante demanda de Lord Kitchener se regularizó la inyección profiláctica y la producción intensiva de suero antitetánico haciendo bajar la mortalidad en Noviembre a 2 por mil. ¡Consoladora afirmación de la profilaxis tetánica!

Los progresos en el tratamiento de las fracturas, sobre todo en las de muslo, iniciados por los anglo-americanos con el método de extensión combinada con la suspensión, marcan una nueva etapa aplicable a la Cirugía Civil creando una diversidad de aparatos ingeniosos perfeccionados en todos los frentes; hacia el fin de la guerra no podían compararse los fracturados de 1917 perfectamente inmovilizados, con buen aspecto, sin dolor, confortablemente suspendidos en las ambulancias o en los lechos de hospital, con los de fin de 1914 con atrición muscular agravados por las sacudidas del transporte, mal inmovilizados en gotieras de yeso, infectados, supurando y con la facies reveladora de sépsis profunda.

La multiplicidad de heridas en la cara y cabeza, da un impulso formidable a la cirugía maxilo-facial; crea una serie de problemas nuevos de restauraciones buco-faciales, hasta el punto de dedicarse hospitales enteros exclusivamente a esta especialidad; los más frecuentes problemas clínicos se referían a combatir el Trismus y las Fracturas con pérdida de sustancia del maxilar inferior; el tratamiento llegó a su mayor perfeccionamiento

gracias a la íntima colaboración del cirujano con el estomatólogo o especialista en protesis dental; la Ortodoncia ha prestado valiosísima colaboración tanto en las reducciones fragmentarias como en la inmovilización al aplicar los ingertos de Delageniere, progreso definitivo este del que pude apreciar brillantes muestras en fotografías seriadas de heridos de todos los frentes en conferencias especiales de restauraciones buco faciales en Madrid en 1919.

La experiencia adquirida acerca de las heridas del abdomen ha venido a consolidar de una manera inconcusa la doctrina intervencionista, haciendo una regla de la Intervención tan precoz como sea posible; ha destruído por completo el sistema de abstención y borrado el mito de las curaciones por esta. Laparotomia inmediata o en las primeras horas!

Pero donde la verdadera revolución se ha hcho ha sido en la Cirugía del pulmón; ya la penetración en el torax y las intervenciones en la bronqui-ectasias por la producción de un amplio Pneumotorax había sido ensayada con éxito, pero de un modo relativamente tímido; las intervenciones de Guerra han familiarizado a los Cirujanos con el pneumo-torax desterrando para siempre las costosas e inseguras cámaras de presión, hipo-presión e hiper-presión; hoy se aborda el pulmón por amplia toracotomia, se prende el pulmón colapsado y se atrae a la pared y aun se exterioriza para tratar sus lesiones resecando los bordes lobulares contundidos, extrayendo cuerpos extraños, haciendo hemostasia por sutura y ligadura en el parenquima pulmonar; en una palabra aplicando al pulmón las reglas generales en el tratamiento de las heridas.

El tratamiento de secciones nerviosas, aneurismas traumáticos, cirugía craneo-cerebral, tratamiento de las pseudo-artrosis, no se ha modificado de una manera tal que puedan señalarse variaciones en la técnica ya conocida, pero el material quirúrgico reducido antes a casos aislados, al aumentar de un modo notable sirvió para perfeccionar los métodos y crear un caudal de experiencia que culmina en la decisión operatoria fundada en resultados que acaba con las disquisiciones teóricas origen de demora y dudas para llegar al acto operatorio en tiempo quizá inoportuno.

Otra de las importantes adquisiciones es la referente al tratamiento de heridas de las articulaciones y en especial de la rodilla: La clínica de guerra ha sido fecunda en esta modalidad y la antigua abstención continuada con la abertura y drenaje tímido después, ha sufrido un golpe mortal. En Noviembre de 1915 Delore y Kocher, primeros innovadores decían "La artrotomia y drenaje es una operación ciega e insuficiente. Para prevenir la infección o para combatirla es preciso a toda costa abrir (cuanto antes mejor) ampliamente la articulación para explorarla

en todas sus reconditeces desembarazarla de todos los resíduos de sangre, de líquidos (tan excelentes medios de cultivo) y hacer una hemostasia cuidadosa.

Luego se ha cerrado la sinovial con todo esmero con sutura completa —a veces sin drenaje—es decir, se han tratado las heridas articulares con una verdadera intervención comparable a la laparotomia exploradora. Los éxitos obtenidos por René Lemaitre en Jonchery en 1916 hicieron convincente el nuevo método proseguido por Monprofit, Gregoire, Mondor y todos los cirujanos aliados, sobre todo cuando en mayo de 1917 la comisión inter-aliada dictaminaba "en el momento presente la sutura y cierre completo de las heridas articulares está universalmente admitida".

Pero una de las mejores enseñanzas que la cirugía de guerra nos ha proporcionado y hacia la que debo llamar vuestra atención es no tanto las modificaciones en la técnica si no en el método de trabajo. Hoy no es posible en buena práctica el esfuerzo aislado, el mantenimiento del aislamiento del operador. No puede concebirse ya un servicio quirúrgico sin un laboratorio y sin un servicio de radiología; el esfuerzo asociado del cirujano con el radiólogo, el bacteriólogo, el químico, el anatomopatólogo y el odontólogo en un cuerpo perfectamente disciplinado, multiplica el rendimiento de la acción individual y crea una escuela de instrucción mútua en provecho del paciente; el bacteriólogo dirige la acción operatoria, el radiólogo es el ojo del operador; además los éxitos de la cirugía de guerra han servido para educar al público suprimiendo el nefasto prejuicio contra la intervención quirúrgica habiendo perdido esta para el vulgo el temible aspecto que contribuía a retardar la intervención; evolución moral que favorece la campaña quirúrgica en pro de las intervenciones prontas y prococes en el cancer, apendicitis, úlceras gástricas, etc. etc., en una palabra, la guerra ha popularizado la cirugía.

Pero reseñados aunque brevemente los progresos evolutivos quirúrgicos, pasada ya la guerra, cabe ocuparse algo de los problemas que solicitan la atención del cirujano en la actualidad, reseñar qué problemas recaban el esfuerzo de investigación e interés quirúrgico.

En este programa es indudable que la cirugía visceral ocupa el primer plano y de las vísceras, las que se exploran en el triángulo de Chauffard. El estómago con sus asociaciones Pancreo-duodeno-hepáticas es el que puede decirse que está de moda. La fecunda colaboración de Internistas con patológos, radiólogos, químicos y cirujanos ha hecho avanzar de un modo positivo y afortunado la cirugía de la úlcera gástrica. La mejor interpretación de las imágenes radiológicas han permitido individualizar tipos distintos de úlcera pilórica, duodenal, de la corvadura menor, etc. La elección de la operación la determina el punto donde

asienta la úlcera, el estado de evolución de esta, el predominio de los síntomas ulcerativos o el de los trastornos mecánicos con sus adherencias origen de ellos... y la intervención se realiza con una técnica cada vez más perfeccionada: A este propósito podemos decir que la Gastro-enterostomia que pareció eclipsarse—después de un reinado casi absoluto —ante las intervenciones que atacaban directamente la úlcera, ha vuelto a resurgir con vigor siendo los Hmnos. Mayo y Judd (antes pilorectomistas decididos) quienes más la practican en la actualidad.

Otro problema siempre en pié es el de la cirugía del cáncer. En la del Cáncer Gástrico permanecen las estadísticas muy sombrías pese a los progresos de la técnica y las combinaciones por radiaciones por Rayos X, radium y mesotorium coadyuvantes. La cirugía del cancer de la mama es más satisfactoria sobre todo por la precocidad del diagnóstico y en punto a técnica en esta variedad puede decirse que no se puede hacer más ni mejor; la vía abdominal ha sido consagrada como de elección en los cánceres del recto.... pero como los resultados clínicos distaban mucho de ser satisfactorios era natural que la Cirugía pidiese ayuda a la Fisioterapia y actualmente los Radiólogos se esfuerzan en combatir el cáncer modificando constantemente su técnica *que está aún en período evolutivo* y un tanto descorazonados ante los fracasos vuelven a pedir a la cirugía su cooperación colaborando de un modo estrecho el bisturí con las radiaciones. Por otra parte un procedimiento casi olvidado después de 15 años vuelve a resurgir de un modo pujante asociándose a la cirugía en vista de los fracasos de la radioterapia profunda con sus infinitas variedades de dosis, voltage, fuegos cruzados, etc. me refiero a la fulguración según el método moderno de Keating-Hart, de París, (recientemente fallecido) y que va adquiriendo más prosélitos cada día según se desprende de la reunión de la Sociedad de Cáncer que presidida por Delbet se ha celebrado en París, en Mayo-Junio de 1922 actual.

Este método combinado de la operatoria con la fulguración según el método de Keating-Hart señala un cambio en la orientación del tratamiento contra el cáncer y... quizá fuera piadoso aconsejar a los radioterapeutas que supiesen esperar antes que repetir tratamientos ya un tanto desacreditados o quizás en vías de desacreditarse por completo pese a algunas brillantes estadísticas de curación local. Mi modestísima opinión, según expuse en el Congreso del año pasado en San Juan es que ni la cirugía ni la Fisioterapia ha de obtener el triunfo definitivo en la curación del Cáncer. Es de la biología, bio-química y quimioterapia de quienes es preciso esperar el tan deseado triunfo; sin querer decir esto que no sean laudables los esfuerzos de todas las ramas de la medicina encaminados en este sentido. ¡Cuando podamos combatir la tendencia can-

cerosa en vez de *Cancer confirmado* estaremos a un paso de su curación!

La precocidad en el ataque quirúrgico contra el cáncer es después de los muchos métodos no quirúrgicos una verdad incontrovertible que todavía resta en pié. Extirpación precoz "cuando aun no es cáncer" según la frase feliz de mi venerado Maestro Cervera. La campaña contra el cáncer es preciso que sea intensificada, pero valientemente mirando de frente a la enfermedad aunque *turbemos la falsa tranquilidad de la ignorancia* y así como hoy está admitido como un axioma la frase de un eminente clínico respecto a la tuberculosis de que "un tuberculoso debe saber que lo está y la familia no ignorarlo" así—sin llegar a esto en el cáncer mientras no sea curable—debemos predicar la educación popular para la lucha, destruir los prejuicios, condenar valientemente las medicaciones interesadas, destruir las dudas mortales que se alzan como un muro de rutinas ante el canceroso y el operador. ¡Decir la verdad! Con mesura para evitar una alarma excesiva en la opinión pública.... pero hay que decirla para mejorar los resultdos tan desconsoladores todavía.

Terminada la Guerra quedan sus secuelas y los muy numerosos casos de aneurismas arterio-venosos extirpados por cuadruple ligadura con éxito, los de pseudo-artrosis con sus ingertos oseos pasan a su rareza primitiva en la práctica civil si bien han dejado las grandes enseñanzas de cirugía tan fecunda.

El problema de la pancreatitis hemorrágica, de los quistes pancreáticos, de la cirugía del pancreas en general sigue—a pesar de la rareza de los casos—apasionando a los cirujanos. Las vías de acceso a la Hipofisis para la práctica de la hipofisectomia han consolidado el ataque a la glándula pituitaria por la rinotomia lateral con vaciamiento de la fosa nasal correspondientes. La guerra ha consolidado también la necesidad de que marchen de la mano el cirujano con el neurólogo en las intervenciones por tumores craneales y de la médula y sus envolturas. Esta colaboración considerada antes como necesaria se ha hecho tan imprescindible actualmente, como la del radiólogo y del bacteriólogo con el cirujano.

Pero tampoco olvidemos al médico internista en esta colaboración. La intensidad de esta es el rasgo dominante que caracteriza la era moderna del arte quirúrgico; tan importante es el papel del internista aconsejando la intervención en una apendicitis, por ejemplo, como el del cirujano ejecutando la apendicectomia; el juicio clínico de ambos es imprescindible sobre todo en el diagnóstico cuando reinan oscuridades. Se pensó a veces en una perforación gástrica, en una obstrucción intestinal y el cirujano descubre en la intervención que se trata de una pancreatitis hemorrágica por las placas de esteato-necrosis o bien aparece una torsión de pedículo cuando se pensó en una apendicitis o por el contrario

el médico revisa un diagnóstico quirúrgico erróneo revelando una insuficiencia supra-renal aguda.

No quiere decir esto ni mucho menos que el cirujno sea un brazo que obedece la indicación médica; por el contrario en la intervención de urgencia es el médico quien da la voz de alarma, más el cirujano es el dueño del momento operatorio y el responsable de la decisión intervencionista. El reclamar a tiempo el auxilio quirúrgico tiene tanta importancia como la intervención mejor ejecutada, el ejecutarla *en tiempo oportuno* es tan importante como el aviso de su necesidad.

De esto se desprende la importancia del afinamiento del concepto y del juicio clínico de cada caso. Es preciso que los jóvenes operadores se percaten bien de esta necesidad para que no crean que la cirugía es la técnica que con asépsia y audacia resuelve todos los problemas. Es necesario huir de las fórmulas quirúrgicas y estudiar en cada caso no *la enfermedad* sino *la enfermedad en el enfermo,* la modalidad de la lesión, la extensión y condiciones del proceso patológico, las condiciones generales del paciente en el cual asienta.... y aun después de todo esto la elección de método operatorio, la modificación de él, según la extensión y naturaleza de las lesiones durante el acto operatorio y la buena dirección médica post-operatoria. Tener presente en una palabra las frases de *Sedillot* cuando decía que "en cirugía el triunfo era más de los meticulosos que de los brillantes" y de *Suarez de Mendoza* al decir "el enfermo no le pide a Ud. brillanteces quirúrgicas sino que le cure".

Todo esto hace que en la época actual atravesemos un período o una fase de regresión en la cirugía operatoria. Pero esta regresión es debida al mayor conocimiento y precocidad en las intervenciones que puede decirse tienen un valor profiláctico. Las grandes resecciones intestinales ya no se ven desde el momento que se operan precozmente las hernias estranguladas suprimiendo las grandes enterorrafias circulares por gangrena herniaria! La pleurotomia precoz con o sin resección costal ha hecho desaparecer la operación de Estlander. La mejor asistencia a los partos ha suprimido las complicadas intervenciones por fistulas vexico-vaginales. Por otra parte nuevos conceptos han venido a limitar intervenciones antes prodigadas! Ya no se quitan gánglios inguinales tan frecuentemente, no se trepana tanto en la Epilepsia, no se sacrifican las trompas en estados salpingo-ováricos que sé curan muy bien con hidroterapia y medicaciones nervinas y opoterápicas, ya no se hace la operación de Wertheim sacrificando los gánglios pelvianos en los carcinomas de la matriz: las traqueotomias infantiles han casi desaparecidos después de la seroterapia y entubamiento; en el cáncer mismo quien sabe si las orientaciones hacia la quimioterapia y los progresos de la bio-química darán

ADLER COLLEGIAN CLOTHES

They *keep* you looking your best

SOLE DEALERS

Los Muchachos

SUCS. DE A. MAYOL & CO.

SAN JUAN. PUERTÓ RICO.

al traste con los procedimientos quirúrgicos que todavía son solicitados en colaboración con la radioterapia, fulguración, electro-coagulación, etc., etc.

Como el organismo humano, la cirugía se está renovando constantemente ;aparta de sí los materiales de deshecho y crea otros nuevos de reorganización y de rejuvenecimiento: las decepciones, los cambios destructores de teorías tan bellas como sugestivas no deben descorazonarnos y por oscuro que sea el presente de algunas afecciones es preciso esperar un mañana más favorable teniendo siempre en cuenta la frase de Renan "La fé en el progreso es el gran consuelo de los que trabajan".

ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

La reunión anual de nuestra Asociación llevóse a cabo en la ciudad de Ponce los días 16 y 17 del mes de Diciembre de 1922. Fué un acto científico-social de alta resonancia para la clase médica del país y de la gallarda hospitalidad de la ciudad de Ponce.

Comenzó la labor de la Cámara de Delegados el sábado 16 a las 2 p. m. en el salón de actos del Club Deportivo bajo la Presidencia del Dr. Pedro Gutiérrez Igaravidez y como Secretario el Dr. Agustín R. Laugier. Contestaron a la llamada al orden los Delegados siguientes: Doctores Avilés, Toro, López Sicardó, Roldán, Ashford, Berríos Berdecia, Villaronga, Ortiz y González Martínez.

La reunión administrativa resultó interesantísima terminando a las 6 p. m. para continuarse el siguiente día.

En esta reunión de la Cámara de Delegados se trataron asuntos de gran interés para la Asociación, quedando por unanimidad electa la siguiente Directiva para el año 1923.

Presidente, Dr. Antonio Martínez Alvarez.
Vice-Presidente, Dr. Orvaldo Goico.
Secretario, Dr. Agustín R. Laugier (reelecto).
Tesorero, Dr. Jacinto Avilés (reelecto).
Consejero por 3 años, Dr. E. Fernández.

Los trabajos científicos fueron muy interesantes, siendo de mucho

mérito, tanto aquellos que trataban de las enfermedades de los trópicos como los de cirugía y medicina general. Sus autores fueron:

Sección de Medicina.—Doctores Pedro N. Ortiz, José E. Igartúa, E. Fernández García, Guillermo Salazar, M. Soto Rivera, I. González Martínez, M. Guzmán, Jr., Agustín R. Laugier.

Sección de Cirugía.—Doctores Pedro Perea Fajardo, Rafael López Nussa, Amalio Roldán y Jorge del Toro.

El mérito principal de estos trabajos estriba en que todos los casos están inspirados en la observación personal, y traen a la consideración de la clase médica del país métodos nuevos en el diagnóstico y tratamiento de las diversas enfermedades tratadas científicamente, con los últimos adelantos de la ciencia profesional.

La hermosa manifestación de cultura y adelanto de la Asociación Médica de Puerto Rico en estos actos científicos le dan derecho para estar a la altura de las mejores de su clase en el movimiento progresista del mundo.

En los actos sociales hubo derroche de buen tono y de amable intercambio de ideas y acercamientos sociales siendo un éxito todo.

A. R. L.

NOTAS DE DUELO

DR. ALFREDO FERRAN FURNALLEDA

Ha fallecido en la ciudad de Ponce el Dr. Alfredo Ferrán Funalleda después de una larga enfermedad que le retuvo en el hospital por espacio de muchos meses. El Dr. Ferrán tenía adquiridos brillantes ejecutorias y respetos de la sociedad ponceña y en general la gran estimación de toda la Isla donde su nombre sonaba familiarmente. No era un desconocido fuera de Ponce, donde siempre ejerció la profesión y donde permanecía a la cabeza de la profesión por ser un excelente clínico. Era graduado de la Universidad de la Habana y del año 1894. Fué asíduo socio de nuestra Asociación y practicó la noble profesión con todo el cariño y desinterés que requieren las grandes causas.

DR. ANTONIO MOLINA DE ST. REMY

También ha muerto en Santo Domingo el que fué un luchador incansable y atento vigilante del progreso de la profesión. Amigo inseparable de los libros, siempre veíamos agregados a su maletín los clásicos, latinos y griegos, de quienes nos hablaba con un entusiasmo rayano en delirio. Fué uno de los primeros especialistas de nariz y garganta que arribaron a nuestras playas después de la ocupación por las tropas americanas de este territorio, en 1898. Graduado de la Universidad de Bellevue estaba practicando en esta isla desde entonces.

Recorrió toda la América Latina donde obtuvo éxitos lisonjeros y regresó de nuevo a su país donde hasta dos o tres meses estuvo practicando. Determinó últimamente trasladarse definitivamente a Santo Domingo y allí le sorprendió la muerte.

NOTAS SOCIALES

Ha regresado de los Estados Unidos el Dr. Manuel Pavía. Fué en gestiones profesionales y ha visitado los mejores centros que se relacionan con su especialidad. El compañero ha regresado para hacerse cargo inmediatamente de la labor legislativa que se aproxima con motivo de la apertura de la Cámara Legislativa de la que es miembro.

* * *

Hemos sabido que el Dr. Esteban García Cabrera ha embarcado para los Estados Unidos y que visitará en la gran Metrópolis los centros que dedican sus esfuerzos al estudio de los problemas genito-urinarios. Al dar esta noticia nos enteramos también de que una de sus niñas ha estado enferma de cuidado pero que cuando esto escribimos la mejoría se establece y ya está fuera de peligro. Nos proporciona intenso regocijo el dar a nuestros lectores la nueva de dicha mejoría y al doctor nuestro deseo de que cuando regrese encuentre a su hija mejorada del todo y en franca convalescencia.

NOTA:—Deseamos pedir excusas a nuestros lectores pro el retardo en la salida de este número.

Perlas de Esencia de Sándalo

a 0. gr. 15 en Frascos de 50.

DOSIS

8 a 10 Perlas por día

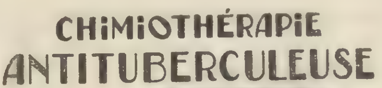
CEPHALYL

Antineurálgico
Antitérmico
Antireumático

CEPHALYL
ANTIRHUMATISMAL. ANALGÉSIQUE
ANTITHERMIQUE
MIGRAINES. NEVRALGIES. GRIPPE

Cada Tableta
CONTIENE:

Aspirina	0.20
Fenaticina	0.05
Acetanilida	0.05
Cafeina	0.025
Lactósa	0.175



BACTIOXYNE
MANGANATE
CALCICO POTASSIQUE

Ampolletas de Manganato Cálsico Potásico, para inyecciones intravenosas y uso rectal.

RECOMENDABLE
ESPECIALMENTE PARA LOS TROPICOS.

"USINES CHIMIQUES DU PECQ"
UCP 39 Rue Cambon, 39 (Paris) UCP
DOCTEUR R. BAUDRY ET H. THIVAL, PHARMACIENS 1e CLASE

SUMARIO

SUMARIO

SUMARIO

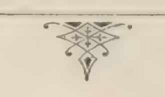
SUMARIO

(*Continúa en la página siguiente*)

SUMARIO

(*Continuación*)

SUMARIO

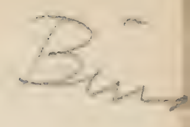


(*Continúa en la página siguiente*)

SUMARIO

(*Continuación*)

SUMARIO



SUMARIO